



**Escola Nacional de Saúde Pública**  
Universidade Nova de Lisboa



## **IV Curso de Mestrado em Gestão da Saúde**

***Projecto de Investigação***

**Contributo para a Acreditação nos  
Serviços de Imagiologia em Portugal**

Romana Gomes

**Orientador:** Prof. Doutor Florentino Serranheira

Julho 2010

# Agradecimentos

---

Ao meu orientador, Professor Florentino Serranheira, pela disponibilidade demonstrada, pelos conselhos e orientações ao longo de todo decurso da realização deste projecto de investigação.

Aos meus pais pelo forte apoio, a todos os níveis, e motivação para avançar para uma nova etapa na minha vida académica.

Ao Luís João pela compreensão, disponibilidade e colaboração em todas as fases da realização deste projecto de investigação.

Aos Mestre José Proença, Mestre Cristina Almeida e Mestre Paula Montoia pelo excelente contributo que deram a este projecto devido à elevada experiência e excelência profissional.

A todos que, de algum modo, contribuíram para a realização e finalização deste projecto de investigação.

# Resumo

---

Os programas de acreditação revelam-se essenciais para monitorizar e garantir a qualidade dos serviços de imagiologia.

Face à inexistência de um documento nacional de acreditação que responda às necessidades específicas de um serviço de imagiologia e perante a existência de diferentes estratégias de implementação da qualidade a nível internacional, definiu-se como principal objectivo deste trabalho contribuir para a criação de um documento de acreditação específico para serviços de imagiologia adaptado à realidade portuguesa.

Nesse sentido, o presente trabalho pretende, através da aplicação de um questionário, desenvolvido para o efeito, a um grupo de peritos (painel Delphi) representante de organizações da área da imagiologia e da qualidade, analisar o consenso entre os elementos relevantes na acreditação de um serviço de imagiologia, nomeadamente ao nível da estrutura, processo e resultado.

Como resultados esperados destacam-se a estruturação de um documento de consenso para a acreditação nos serviços de imagiologia em Portugal. Por certo, a aplicação de um quadro normativo emanado deste trabalho, na implementação da qualidade em imagiologia, permitirá que os serviços melhorem a sua prestação, que sejam avaliados e comparados com os congéneres, nacional ou internacionalmente, permitindo aos utentes ter mais e melhor informação que lhes permita optar por serviços com qualidade.

**Palavras-chave:** Acreditação, Serviço de Imagiologia, Qualidade, Técnica Delphi

# Abstract

---

Accreditation programs are essential to monitor and ensure the quality of Imaging Services.

Due to the lack of a national accreditation document that meets the specific needs of an imaging service and due to the existence of different international quality implementation strategies, the main purpose of this work is to contribute to the creation of a Portuguese imaging services accreditation document.

Therefore, the present study aims to apply a inquiry to a group of experts (Delphi panel), that represents the structures and organizations that should integrate the development of the imaging services accreditation document, to analyze the consensus among experts about characteristics of accreditation, particularly the structure, process and outcome of imaging services.

The expected results are the increased interest of decision-makers in promoting structural changes in the area of accreditation in Imaging and the creation of a document that evidences the consensus among experts. Finally, it is hoped that the same group of experts meets for accreditation document.

The expected results include designing a consensus document for accreditation in imaging services in Portugal. Certainly, the implementation of a regulatory framework emerging from this work, in the implementation of quality imaging, will allow services to improve their performance, which are evaluated and compared with national or international counterparts. Consequently, patients will have better information that will enable them to opt for quality services.

**Key-words:** Accreditation, Imaging Service, Quality, Delphi technique

# Índice

---

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento .....	4
2.1 Conceito de Qualidade .....	4
2.2 Evolução da Qualidade .....	5
2.3 Qualidade em Saúde.....	8
2.3.1 Análise da Necessidade da Avaliação e Monitorização da Qualidade em Saúde.....	10
2.3.2 Análise da Necessidade de Avaliação da Qualidade em Imagiologia.....	13
2.4 Acreditação versus Certificação .....	16
2.5 Modelos de Acreditação/Certificação em Saúde em Portugal .....	17
2.5.1 <i>Kings Fund</i> .....	21
2.5.2 <i>Joint Commision</i> .....	23
2.5.3. Instituto Português da Qualidade .....	26
2.6. Acreditação de Serviços de Imagiologia .....	30
2.6.1. ISAS - <i>Imaging Services Accreditation Scheme</i> .....	31
2.6.2 <i>American College of Radiology Accreditation Programs</i> .....	34
2.7 <i>ISAS vs ACR Accreditation Programs</i> .....	36
3. Descrição do Problema .....	40
4. Metodologia .....	47
4.1 Delineamento da Investigação .....	47
4.2 Caracterização do Tipo de Investigação .....	48
4.3 Construção do Modelo de Análise.....	49
4.3.1 Técnica Delphi .....	50
4.3.2. Sequência da Realização do Processo de Investigação.....	52
5. População.....	54
5.1 Quadro Síntese do Painel de Peritos .....	55
6. Instrumento de Recolha de Dados .....	57
6.1 Primeira Ronda .....	57
6.2 Rondas Subsequentes .....	60

7. Análise de Resultados .....	61
8. Resultados Esperados/ Contributos do Estudo .....	67
9. Cronograma.....	71
10. Bibliografia.....	72
11. Apêndices.....	77
Apêndice 1: Esquematização das Fases do Projecto de Investigação .....	77
Apêndice 2 – Carta (Tipo) de Proposta de Colaboração no Estudo.....	78
Apêndice 3 – Descrição das Organizações.....	79
Apêndice 4 - Carta (Tipo) de Pedido de Colaboração.....	82
Apêndice 5 - Questionário.....	83

# Lista de Quadros

---

Quadro 1: Quadro-resumo dos programas de acreditação e certificação utilizados em Portugal e as suas lacunas na aplicação a serviços de imagiologia .....	42
Quadro 2: Quadro-resumo da organização e características dos programas ISAS e ACR.....	44
Quadro 3: Quadro-resumo dos domínios e subdomínios dos programas ISAS e ACR que avaliam os critérios base da qualidade: estrutura, processo e resultado .....	45
Quadro 4: Quadro-resumo dos peritos por organização .....	56
Quadro 5: Quadro-resumo dos objectivos e tipo de questões que integram o primeiro questionário.....	59
Quadro 6: Quadro-resumo das questões e seu tratamento.....	62
Quadro 7: Exemplo de categorização das frequências relativas das respostas de um cenário fictício.....	64
Quadro 8: Exemplo de distribuição do nível de concordância de um cenário fictício	65
Quadro 9: Cronograma.....	71

# Lista de Figuras

---

Figura 1: Sequência da Realização do Processo de Investigação .....	53
Figura 2: Esquematização das Fases do Projecto de Investigação .....	77



# Lista de Abreviaturas

---

ACR	<i>American College of Radiology</i>
ACS	<i>American Cancer Society</i>
ALARA	<i>As Low As Reasonably Achievable</i>
APCER	Associação Portuguesa de Certificação
ATARP	Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear
CAF	<i>Common Assessment Framework</i>
CEN	<i>European Committee for Standardization</i>
CENELEC	<i>European Committee for Electrotechnical Standardization</i>
CGPM	<i>Conference General des Poids et Mésures</i>
CHKS	<i>Caspe Healthcare Knowledge Systems</i>
CoR	<i>College of Radiographers</i>
DGS	Direcção Geral de Saúde
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HAKU	<i>Health Accreditation and Quality Unit</i>
IEC	<i>International Electrotechnical Commission</i>
IOML	<i>International Organization for Legal Metrology / Organisation Internationale de Métrologie Légale</i>
IPAC	Instituto Português de Acreditação
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
ISAS	<i>Imaging Service Accreditation Scheme</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>

JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KFHQS	<i>King's Fund Health Quality Service</i>
MQSA	<i>Mamography Quality Standards Act and Program</i>
NP EN	Norma Portuguesa – Norma Europeia
RCR	<i>Royal College of Radiologists</i>
SPRM	Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear

# 1.Introdução

---

É parte integrante da missão dos serviços de imagiologia, públicos ou privados, a produção de imagens multiplanares do corpo humano com elevada qualidade, que contribuam para a correcta elaboração do diagnóstico médico e/ou procedimento terapêutico preciso. Quanto mais cedo se detectar uma doença, mais precocemente se pode iniciar o tratamento e, naturalmente, melhores cuidados de saúde são prestados aos doentes (Proença, 2008).

Nesse sentido, é imperativo que a imagiologia realize as suas funções de forma válida e fiável e disponibilize produtos com qualidade (Proença, 2008). Porém, não se pode afirmar que determinado serviço de imagiologia possua qualidade sem a medir ou monitorizar.

A implementação de programas de acreditação revela-se essencial para monitorizar e garantir a qualidade dos serviços e fá-lo através da análise de um conjunto de indicadores. Nos serviços de imagiologia não existe um documento ou modelo de acreditação nacional que permita a acreditação e por consequência, uma real comparação entre os diferentes serviços.

Partindo dessa base definiu-se a questão de partida para este projecto de investigação: “Qual a viabilidade de produzir um documento de acreditação de serviços de imagiologia adequado à realidade portuguesa?”

Este projecto de investigação (esquematizado no Apêndice 1) seguiu uma série de etapas: identificação do problema; revisão da literatura; definição do problema; definição dos objectivos; delineamento da metodologia; delineamento da recolha e análise de dados; explicitação dos resultados esperados, e finalmente, calendarização das principais actividades previstas (Graça, 2004).

Assim, a revisão bibliográfica de documentos nacionais e internacionais na área da qualidade em saúde, e mais especificamente, na área da qualidade em imagiologia, permitiu constatar uma necessidade ao nível da acreditação em imagiologia, na realidade portuguesa. A acreditação através dos diversos modelos, que é realizada no âmbito hospitalar, não consegue colmatar as necessidades específicas de

monitorização e melhoria de qualidade dos serviços de imagiologia (USA. ACR, 2009; UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009).

O reconhecimento das desvantagens e das lacunas dos modelos de acreditação hospitalar e da certificação hospitalar, relativamente aos serviços de imagiologia levou a que diversas organizações profissionais internacionais considerassem necessária a criação de programas específicos de acreditação para serviços de imagiologia (USA. ACR, 2009; UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009).

A experiência relacionada com o desenvolvimento e implementação dos modelos de acreditação a nível internacional, específicos para serviços de imagiologia (*Accreditation Programs* ACR e ISAS), constitui uma importante ferramenta para o planeamento e elaboração dum documento nacional. Apesar de terem sido criados para realidades com características diferentes, a área de actuação é a mesma e, por isso, acredita-se ser importante descrever e analisar as principais experiências internacionais (USA. ACR, 2009; UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009).

Pretende-se, então, com este trabalho, contribuir para a elaboração de um documento de acreditação de serviços de imagiologia, adaptado à realidade nacional.

Escolheu-se uma metodologia qualitativa pois tenta-se explorar perspectivas e experiências e compreender a realidade social de grupos profissionais e culturas no tema da qualidade em radiologia. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo porque houve necessidade de pesquisar na bibliografia nacional e internacional para construir o quadro base de análise e posteriormente, procurou-se identificar as características de determinados documentos de acreditação, aumentando os conhecimentos das particularidades e dimensão do problema (Vilelas, 2009)

O presente trabalho desenvolver-se-á com a criação de um grupo Delphi, integrando peritos da área da radiologia e da qualidade, que avaliem as sensibilidades relativamente à criação de um documento de acreditação específico para um serviço de imagiologia. Procurar-se-ão identificar os consensos e as divergências entre os

diversos actores, neste processo complexo, relativamente a domínios, subdomínios e indicadores da qualidade em imagiologia.

Como resultados esperados, destaca-se de importância *major*, contribuir para a criação de um documento de acreditação nos serviços de imagiologia, através da redacção de um documento que evidencie o consenso dos pontos de vista e convicções sobre as características do documento de acreditação em imagiologia, nomeadamente ao nível da estrutura, processo e resultado dos serviços de imagiologia.

A elaboração de um documento de acreditação vem responder às preocupações de todos os actores dentro do serviço dado que a qualidade é um factor intrínseco da missão dos serviços de imagiologia, públicos ou privados (UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009).

Pretende-se que este estudo constitua uma base de trabalho e ao mesmo tempo deixe pistas para futuros trabalhos neste âmbito.

## 2. Enquadramento

---

### 2.1 Conceito de Qualidade

Juran (1989) designa qualidade como “aptidão ao uso” e a sociedade ou cliente como o destinatário do produto ou serviço, ou seja, é quem recebe ou é influenciado por este.

O objectivo principal da qualidade é a satisfação total do cliente. Tal implica a criação de um sistema organizacional que inclua o desenvolvimento, a manutenção e o aperfeiçoamento da qualidade por grupos, internos e externos à empresa (Feigenbaum, 1991).

Para Kaoru Ishikawa, qualidade não significava só a qualidade do produto, mas também dos serviços, da gestão, da organização e sobretudo do ser humano (Mezomo, 2001).

A qualidade é o conjunto de características de um serviço ou produto que permitem que este esteja adequado à missão de uma organização e responda às necessidades e expectativas de seus clientes (Mezomo, 2001).

O cliente externo é o destinatário final do produto e o cliente interno pode ser o profissional que integra o método de produção e que, nalguma fase deste, é o receptor intermédio de algo originado noutro posto de trabalho anterior ao seu (Proença, 2008).

A *European Organization for Quality* define qualidade como a soma dos aspectos distintivos de um produto ou serviço que estabelecem a sua capacidade para satisfazer uma dada necessidade (European Organization for Quality, 2010).

Devido à complexidade do conceito da qualidade é possível subdividi-lo em (Pires, 2004):

- **Qualidade da concepção** - Implica a agregação, no serviço ou produto, das necessidades e as expectativas dos clientes. Realiza-se com a intervenção

das estruturas da empresa ligadas à concepção, ao desenvolvimento dos produtos e ao marketing.

- **Qualidade do fabrico/prestação de serviço** - É grau de conformidade do produto com determinadas especificações, isto é, assume que qualquer desvio provoca uma redução da qualidade.
- **Qualidade na utilização** - Modo como o produto ou serviço realiza os objectivos a que se propõe.
- **Qualidade relacional** - O valor ou carácter das interacções pessoais ao nível dos clientes internos e clientes externos.

Segundo o mesmo autor, a qualidade apresenta:

- **Características funcionais** - aquelas que são directamente úteis ao consumidor e que permitem ao produtor dar respostas ao quadro de necessidades do utilizador.
- **Características técnicas** - As características técnicas resultam da solução técnica encontrada.

Existem diversas definições de qualidade porém a questão primordial é que independentemente da definição que determinada organização escolha, esta deve constituir um referencial ímpar e conter um carácter operacional que oriente a sua missão e acção (Filipe, 2007).

## 2.2 Evolução da Qualidade

Há 400 anos, antes da Revolução Industrial satisfazer as necessidades do cliente era muito fácil pois o artesão tinha um canal de comunicação directo com o cliente. O artesão era responsável por todo o processo de produção do produto (desde a escolha e aquisição da matéria-prima até à fase de acabamento e entrega do produto). O controlo da qualidade era exercido pelo próprio artesão, deste modo, a produção era mínima e a qualidade máxima (Mezomo, 2001).

Garvin (2002) define quatro eras da qualidade: a era da inspecção; a era do controlo da qualidade, a era da garantia da qualidade e finalmente, a era da administração estratégica da qualidade.

Com a Revolução Industrial (finais do século XVIII) surgiu o processo de multidivisão de tarefas na confecção de um produto, passando a existir uma nova figura – o “encarregado”, responsável pelo trabalho dos operários, exercendo a função de inspecção (vigia, fiscalizava e punia). Nesta altura, a produção de bens era em número elevado e supostamente iguais (padronização dos produtos) (Mezomo, 2001). Porém, rapidamente se percebeu que a inspecção apenas permitia remediar o prejuízo pois era realizada na fase final de produção (Saraiva et al, 1999).

Segue-se então, a introdução da metodologia de controlo estatístico da qualidade e dos processos. O Controlo da Qualidade permitia tomar decisões que diminuía as não-conformidades do produto de forma a corresponder às especificações (Saraiva et al, 1999). Com a introdução do controlo estatístico nos processos foi possível atingir níveis elevados de qualidade, suportado pelo aumento dos custos da inspecção, mas que seriam recuperados com a redução dos gastos da acção de refazer e de perdas de material, ou através do melhor nível de qualidade oferecido (Saraiva et al, 1999).

A segunda Guerra Mundial provocou uma grande evolução tecnológica, acompanhada por uma complexidade técnica de materiais, processos de fabricação e produtos. A prioridade era produzir o máximo de quantidade no menor tempo possível (Mezomo, 2001).

Contudo, o dinamismo dos mercados aumentou, não sendo suficiente produzir mais, mas antes produzir melhor, pois a capacidade da oferta do mercado de exceder a procura aliada ao aumento do poder de compra conduziu a um nível superior de exigência do cliente. Desta forma, evolui-se para a era da Garantia da Qualidade (Saraiva et al, 1999).

A Garantia da Qualidade baseia-se em actividades planeadas e sistemáticas que, de uma forma integrada, podem garantir que a qualidade desejada está a ser alcançada, ou seja, que os resultados satisfazem os planos estabelecidos, que os



mesmos planos são efectivamente implementados e são adequados para se alcançarem os objectivos (Santos, 1990).

As décadas de 1940 e 1950 foram marcadas pelo surgimento de ferramentas de garantia da qualidade como a quantificação dos custos da qualidade de Joseph Juran; o controlo total da qualidade de Armand Feignebaum ou a teoria do zero defeito de Philip Crosby. Todas estas ferramentas tinham como finalidade demonstrar que os custos totais da qualidade poderiam ser reduzidos com um acréscimo do investimento na prevenção (Garvin, 2002).

A gestão da qualidade impõe custos inerentes à actividade e manutenção de estruturas ou sistemas na instituição, com funções específicas de prevenção da não qualidade e da sua detecção, assim como despesas legalmente obrigatórias, inerentes a procedimentos da qualidade. Estes custos comportam ainda as despesas ocasionadas com as operações de verificação e controlo da qualidade (Santos, 1990).

Os custos da não qualidade resultam da ausência de conformidade com as normas ou especificações técnicas e da insatisfação dos clientes, por falta de adequação ao uso. A diminuição dos custos da não qualidade só pode ser conseguida por uma acção concertada e inteligente no sentido da melhoria da qualidade (Santos, 1990).

Posteriormente, surgiu a era da administração estratégica caracterizada pela relação da qualidade com a consecução dos objectivos estratégicos da empresa. A organização para possuir um produto de qualidade tem de projectá-lo com base nas necessidades dos clientes – alvo; produzi-lo de acordo com o referido projecto (o que depende da qualidade dos *inputs* utilizados) e oferecer um eficiente serviço de pós-venda. Ou seja, qualidade não é apenas um bom desempenho da função de produção mas também das remanescentes funções principais, como marketing e o desenvolvimento, e das suas funções de apoio (Slack; Chambers; Jhonston, 2002; Garvin, 2002).

Preencher todas as exigências da procura da qualidade é um processo crítico, porém ainda se deve ter em consideração o aumento da complexidade dos produtos e a mudança constante da necessidade e desejos dos clientes. Desta forma, as

organizações devem possuir a capacidade de se antecipar e adaptar à mudança (Garvin, 2002).

É neste sentido que surge a Gestão pela Qualidade Total, dado que nem a inspecção, nem o controlo da qualidade, nem a garantia da qualidade permitiam gerir a mudança e adaptação permanente da organização à envolvente externa (Garvin, 2002).

As principais características de um sistema pela qualidade total são (Pires, 2004):

- Focalização nas pessoas, para obter a máxima satisfação do consumidor;
- Abordagem global ao sistema, assumindo-a como parte integrante da estratégia geral da empresa;
- Visão horizontal de funções e departamentos, envolvendo todos os colaboradores;
- Aprendizagem e adaptação à mudança contínua como base do sucesso organizacional.

As instituições, prestadoras de serviços, que não realizam esforços reais para entender, atender e exceder as necessidades de seus clientes, não competem tão efectivamente como as que o fazem, diminuindo a sua participação no mercado. Se o processo de planeamento não for centrado no cliente todas as ferramentas da qualidade terão resultados limitados e conseqüentemente, custos elevados (Mezomo, 2001).

## **2.3 Qualidade em Saúde**

A cultura da qualidade foi introduzida no sector da saúde a partir da década de 80. Cresceu a expectativa de que a sociedade, no geral, e especificamente o doente nos serviços de saúde, têm o direito de acesso a informações dos aspectos da qualidade, de forma a apoiar as escolhas dos serviços e dos profissionais de saúde (Malik; Schiesari, 1998).

Donabedian (1978), autor de diversos trabalhos na área da qualidade em saúde, refere que o processo da qualidade em saúde está apoiado em três critérios: estrutura, processo e resultado. A estrutura contém os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a actividade na área da saúde. O processo

compreende as actividades que envolvem os profissionais de saúde e doentes. O resultado é o produto final da assistência prestada, considerando a saúde e a satisfação de padrões de expectativas.

As razões que levaram à necessidade da introdução do conceito da qualidade em saúde, entre as quais se destacam (Donabedian, 1978):

- A existência de novas tecnologias cada vez mais eficazes e disponíveis;
- O aumento das expectativas da população relativamente à saúde devido aos meios de comunicação;
- A inclusão da qualidade no discurso político;
- O aumento dos custos dos cuidados que consequentemente, obriga a uma maior eficácia;
- A exigência do cidadão devido ao melhor nível económico e educacional;
- O empenho dos profissionais em melhorar o seu desempenho e progredir na carreira profissional;
- O problema da sobrevivência empresarial (só os melhores vão continuar a existir).

Para Donabedian (1980) qualidade em saúde é a prestação de cuidados dos quais se espera a maximização do bem-estar do doente, depois do mesmo reconsiderar as perdas e os ganhos, nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde.

O *Institute of Medicine*, em 1990, definiu “qualidade em saúde” como o grau em que os serviços de saúde potenciam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional comum.

O conceito da qualidade é multidimensional, apresentando diversas dimensões como (Imperatori; Giraldes, 1993):

- Eficiência (melhores resultados alcançados com a melhor utilização dos meios),
- Eficácia (realizar o que se propõe fazer, atingir os resultados previamente definidos),

- Efectividade (satisfação em relação aos resultados conseguidos na saúde, ou seja, quanto ao grau em que se conseguiram preencher as expectativas da saúde do indivíduo)
- Adequação (pertinência das actividades em relação aos seus objectivo),
- Satisfação em relação ao processo (relações interpessoais) e
- Satisfação em relação às estruturas.

O Ministério da Saúde, em 1998, define “qualidade na saúde” como a satisfação e colmatação das necessidades, e não apenas responder à procura. É necessário oferecer mais, ser-se proactivo para prevenir e dar resposta às necessidades da população. E ainda, reunir integralmente características como a efectividade, eficiência e a equidade e não, a exigência única de aceitabilidade (Barros, 1998).

Ainda é possível diferenciar-se qualidade no sentido interno e externo à organização. A qualidade da organização interna da entidade prestador entende-se como a melhor utilização dos recursos possível, mediante o serviço ou bem que se pretende fornecer. A qualidade no sentido externo, relacionada com as percepções dos utilizadores dos serviços de saúde, reflecte a medida em que atributos ou características da prestação dos serviços e cuidados médicos se sobrepõem às expectativas e necessidades dos doentes (Barros, 1998).

As medidas contenção e controlo de custos e a alteração dos mecanismos de financiamento, com a introdução do risco financeiro para os prestadores têm sido levantado questões relacionadas com a diminuição da qualidade. O surgimento das regras de mercado na área da Saúde, em que prestadores concorrem entre si, perante entidades financiadoras, aliado à capacidade de escolha, ainda que limitada, do doente, conduziram a que os Serviços de Saúde se organizassem focados em dois aspectos fundamentais: o preço e a qualidade (Barros, 1998).

### **2.3.1 Análise da Necessidade da Avaliação e Monitorização da Qualidade em Saúde**

A avaliação da qualidade procura definir o grau de sucesso de auto governação das profissões relacionadas com a saúde, de forma a impedir a exploração ou a

incompetência, enquanto a monitorização da qualidade pretende uma verificação contínua, com o objectivo de detectar e corrigir desvios dos padrões (Donabedian, 1978).

Ao mais alto nível, a qualidade é encarada como um factor de importância vital para a competitividade das instituições (Ganhão, 1991).

Actualmente, a elevada qualidade dos serviços de saúde justifica-se por razões de diversa índole (Mezomo, 2001):

- Sociais, porque os cidadãos se tornam cada vez mais exigentes e têm maiores expectativas relativamente aos cuidados e à saúde;
- Éticas, porque os prestadores têm o dever de assegurar uma qualidade de cuidados de acordo com o nível científico exigido;
- Profissionais, pois a qualidade dá prestígio ao prestador e é cada vez mais importante no exercício e no percurso profissional;
- Económicas, pois as disponibilidades orçamentais são pequenas em relação às necessidades, o que obriga à melhor utilização dos recursos;
- E por último, porque actualmente a qualidade é uma componente de sobrevivência empresarial.

Barros (1998) identificou três grandes tipos de medidas de promoção da qualidade das entidades prestadoras:

1. **Regulamentação das condições da qualidade** – Essencialmente relacionada com a publicação de normas, ignorando que os agentes económicos (os profissionais de saúde) agem em concordância com o enquadramento em que se encontram. Torna-se difícil conceber que a simples composição de regulamentos normativos leve, por si só, à garantia da qualidade, ou seja, à correcta organização e eficiência interna dos prestadores. Desta forma, não surge, nas entidades prestadoras, um interesse por uma óptica dinâmica de promoção da qualidade, o que acarreta sérios problemas de verificação.
2. **Auto-regulação** – Surge através da promoção de iniciativas a que os próprios profissionais de serviços de saúde reconhecem e aderem, com

medidas dispostas a garantir a eficiência da sua organização. Apresenta como principal desvantagem ser permeável a interesses corporativos, dado que a avaliação pelos “pares” assume aqui papel importante. O instinto de protecção de classe profissional poderá reprimir o identificar de situações de qualidade inferior.

3. **Concorrência e sistemas de incentivos** – A capacidade dos financiadores e/ou dos utilizadores para escolherem entre diferentes prestadores podem implicar que a sobrevivência destes últimos (ou o seu nível de remuneração) dependa da aptidão de oferecer serviços com qualidade, pois este será um critério de selecção relevante. No entanto, a questão que se impõe é perceber se existe realmente informação suficiente para que a escolha por parte dos financiadores e utilizadores seja a verdadeiramente indicada.

A estratégia óptima abrange o recurso a aspectos destes três tipos de medidas com o objectivo de assegurar qualidade mínima na prestação e a promoção do interesse dos prestadores na procura da qualidade. Só com a existência do auto-interesse através do estabelecimento de condições de enquadramento que incentivem, explicitamente ou implicitamente, a procura da qualidade, é que os benefícios deste tipo de acções se verificarão (Barros, 1998).

A Organização Mundial de Saúde identificou a necessidade de um sistema da qualidade, na Europa, através da Declaração “Saúde para todos no ano 2000”, na sua meta 31 e também, através da Recomendação nº17/97 do Conselho de Ministros, no Conselho da Europa. Em ambos os documentos, sistema da qualidade define-se como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Biscaia, 2000).

Porém, sem medir a qualidade é impossível afirmar que esta realmente existe e, sobretudo, que está a melhorar. É possível medir a qualidade em qualquer área e esta medição alerta para os principais problemas e permite lançar acções correctivas. A origem dos problemas da qualidade está relacionada com desvios nas especificações, nos procedimentos, entre outros. Estes problemas podem atingir

grandes dimensões provocando a destruição de bens e até o desaparecimento da própria instituição (Mezomo, 2001).

Em saúde, as dificuldades são maiores, pela própria natureza do “produto” final do processo. Por vezes, fazem-se juízos subjectivos e pressupõe-se que a qualidade é ou não a esperada, que a causa de um problema está relacionada com determinado factor ou que são necessárias determinadas acções (Mezomo, 2001).

A um nível mais prático, entende-se que existe qualidade em saúde quando o médico satisfaz as necessidades do doente, por exemplo, ao realizar o respectivo diagnóstico clínico correcto e consequentemente, indicar a terapêutica mais adequada. Compreende-se facilmente que a formulação do diagnóstico clínico correcto é um factor elementar para o tratamento e cura dos doentes. Para isto, o médico dispõe de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como, entre outros, as análises clínicas, o electrocardiograma e o recurso à imagiologia (Proença, 2008).

Deste modo, a qualidade final da prestação de cuidados de saúde está intrinsecamente dependente da qualidade de todos os cuidados, serviços, procedimentos e produtos intermédios, e portanto, torna-se necessária a avaliação e monitorização específica da qualidade dos mesmos.

### **2.3.2 Análise da Necessidade de Avaliação da Qualidade em Imagiologia**

Actualmente, a utilização da imagiologia é parte quase elementar no processo de elaboração de diagnóstico, acentuando-se a sua importância dado que a evolução tecnológica comporta progressos tanto na acuidade diagnóstica, como na quantidade e rapidez da realização dos estudos (Gama et al, 2008).

É parte integrante da missão dos serviços de imagiologia, públicos ou privados, a produção de imagens do corpo humano de elevada qualidade que contribuam para a fidelidade e validade do diagnóstico médico. Quanto mais cedo se detectar uma doença, mais precocemente se pode iniciar o tratamento e, naturalmente, melhores cuidados de saúde são prestados aos doentes (Proença, 2008).

Não é possível desprezar também os diversos procedimentos terapêuticos apoiados e guiados por imagem. O serviço de imagiologia apresenta também grande responsabilidade neste tipo de procedimentos, tal como na sua qualidade.

Com base neste ponto de vista é imperativo que os meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, no geral, e a imagiologia, em particular, realizem as suas funções de forma válida e fiável e disponibilizem produtos com qualidade, para que o clínico elabore um diagnóstico médico ou processo terapêutico preciso (Proença, 2008).

A avaliação da qualidade das imagens radiológicas implica a monitorização permanente do processo de produção segundo um referencial da qualidade previamente definido (Proença, 2008). É então importante que se assegurem *standards* da qualidade técnica e diagnóstica com o objectivo de diminuir a variabilidade da prática. Isto é, independentemente da instituição de cuidados de saúde em que o doente realiza os exames imagiológicos, o seu diagnóstico deve ser o mais rápido e válido possível, tornando imperativo a existência de processos que promovam *standards* da qualidade dos serviços imagiológicos assim como a sua monitorização.

Mundialmente, associações académicas e profissionais, na área da imagiologia, debruçam-se sobre os diversos aspectos da qualidade e concebem documentos e actividades que visam a sua melhoria. Uma das iniciativas destas associações é a concepção de programas de acreditação pois aliam a criação e aplicação de *standards* à sua monitorização e avaliação.

O **American College of Radiology** (ACR) é a maior associação de médicos radiologistas dos Estados Unidos da América e também das que mais trabalhos produz na área da qualidade em imagiologia. No ACR *FORUM* de 2004, um encontro realizado por esta instituição, com o tema da qualidade e segurança em imagiologia, definiu-se:

*“Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired outcomes and are consistent with the current professional knowledge. Specifically with regard to diagnostic imaging and image-guided treatment, quality is the extent to which the right procedure is done in the right way, at the right time, and the correct interpretation is accurately and quickly communicated to the patient and referring physician. The goals are to maximize the likelihood of desired health outcomes and to satisfy the patient.”*

(Hillman; Amis; Neiman, 2004, p.34)



Esta associação iniciou um conjunto de programas de promoção da qualidade e segurança (Hillman; Amis; Neiman, 2004):

- *Practice Guidelines and Technical Standards,*
- *Accreditation Programs,*
- *Appropriateness Criteria,*
- *Patient Safety, and*
- *Patterns of Care Study/Diagnosis*

O **College of Radiographers (CoR)** e o **Royal College of Radiologists (RCR)** são associações do Reino Unido de profissionais de saúde ligados à imagiologia, a primeira, de Técnicos de Radiologia e a segunda, de Médicos Radiologistas e Medicina Nuclear.

Estas duas associações são, das europeias, as que mais têm estudado, investigado e produzido material na área da qualidade em radiologia, do qual se destaca um sistema de acreditação dos serviços de imagiologia públicos e privados (**ISAS – Imaging Service Accreditation Scheme**) com *standards* adequados à realidade do Reino Unido (UK. *The College of Radiographers*; UK. *Royal College of Radiologists*, 2009).

A **Pan American Health Organization** desenvolveu um programa de acreditação que poderá ser implementado em qualquer país em vias de desenvolvimento. Este é baseado nos programas de acreditação da ACR. O processo envolve uma avaliação do equipamento; das qualificações dos profissionais; programas de garantia e controlo da qualidade; da qualidade da imagem e, se aplicável, da dose de radiação. Os standards são verificados por comités nacionais que consultam peritos estrangeiros (Jiménes; Borrás; Fleitas, 2006).

Qualquer uma destas associações corporativas considerou fundamental, para a garantia e controlo da qualidade, a criação de programas de acreditação específicos para os serviços de imagiologia adaptados à realidade dos países em que são implementados.

## **2.4 Acreditação versus Certificação**

Segundo o Instituto Português da Acreditação (IPAC), acreditação define-se como o procedimento através do qual o organismo nacional de acreditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efectuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte (DL N° 125/2004).

A certificação é o procedimento através do qual uma terceira parte disponibiliza uma garantia escrita de que um produto, processo ou serviço está em conformidade com uma norma ou outro documento normativo específico (PORTUGAL. IPQ, 2009).

Deste modo, é possível diferenciar a acreditação e a certificação de sistemas de gestão tanto quanto aos objectivos, como quanto aos respectivos referenciais. A certificação (de sistemas de gestão, de produtos, de pessoas) é uma das actividades de avaliação da conformidade (certificação, inspecção, ensaio, calibração). A acreditação é o reconhecimento da competência técnica para exercer as actividades de avaliação da conformidade (PORTUGAL. IPQ, 2009).

Contudo, na área da saúde, tanto na realidade portuguesa como internacionalmente, esta diferença desvaneceu-se, e muitas vezes acreditação é, comumente, utilizada como sinónimo de certificação.

Acreditação em saúde é definida então como um processo formal de avaliação externa dos cuidados de saúde que utiliza padrões e processos criados e desenvolvidos pelo sector da saúde, para o sector da saúde de modo a garantir a prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade. É um processo de auto-avaliação e auditoria externa por pares que avalia com rigor o seu nível de desempenho em relação a padrões pré-estabelecidos. É normalmente voluntária e as suas normas são vistas como muito favoráveis e alcançáveis. Proporciona um compromisso visível por parte de uma organização no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente; de garantir um ambiente seguro e de trabalhar continuamente de forma a reduzir riscos para os doentes e para os profissionais (Mezomo, 2001).

Surgiram diversos modelos, a nível internacional, de acreditação em saúde, e também específicos na área de imagiologia.

## 2.5 Modelos de Acreditação/Certificação em Saúde em Portugal

A integração de Portugal na Comunidade Europeia em conjunto com a célere modificação da sociedade tornou evidente a importância e urgência da qualidade de serviços e produtos, da tomada de medidas com o objectivo de criação de um sistema da qualidade com características nacionais que integrasse as necessidades geradas pelo próprio processo (Filipe, 2007).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no capítulo intitulado de “Qualidade”, realça quatro dimensões (PORTUGAL. MS. DGS, 2004):

- Qualidade de prestação de serviços de saúde;
- Qualidade do diagnóstico laboratorial
- Humanização dos serviços
- Assistência espiritual e religiosa

Esse Plano caracteriza a situação actual da qualidade de prestação de serviços de saúde indicando como principais falhas nesta área (PORTUGAL. MS. DGS, 2004):

- **Escassa cultura da qualidade**, verificável, desde logo, na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores e também na parca divulgação de experiências devidamente avaliadas que configurem sinais de sucesso;
- **Déficé organizacional dos serviços de saúde** pois os diagnósticos efectuados e publicados referentes ao desempenho dos serviços de saúde têm demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e a afirmação de lideranças em que estes trabalham;

- **Falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão** dado que os principais agentes de decisão, investigadores em saúde e líderes de opinião, convergem na constatação da escassez (ou mesmo inexistência) de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde;
- **Insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica**, tendo sido reconhecida a necessidade de um conjunto de suportes que forneçam bases estruturadas no método de decisão diagnóstica e terapêutica e paralelamente, comprovada a sua efectividade na integração das actividades das diferentes competências que intervêm no processo de prestação de cuidados em saúde, reduzindo a variabilidade não desejada e reforçando a adopção de boas práticas. A publicação pelo Instituto da Qualidade em Saúde do livro Normas de orientação clínica, definiu metodologias de referência. Em Dezembro de 2002 foram publicadas as Normas de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco.

Com o objectivo de alterar o paradigma da qualidade organizacional dos serviços de saúde, em Portugal, o Plano Nacional de Saúde apontou **orientações estratégicas** e intervenções (PORTUGAL.MS. DGS, 2004):

- Aposta contínua na acreditação hospitalar, ao abrigo do protocolo com o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQs);
- Nos hospitais em que venha a verificar-se a inexistência de condições para a conclusão da acreditação no tempo previsto, proceder-se-á ao alargamento da aplicação desta metodologia e do Manual de Acreditação nas áreas de liderança e gestão de recursos, com especial ênfase na gestão dos riscos clínicos e não clínicos, higiene, segurança e ambiente;
- Desenvolver a formação de auditores na área da qualidade em saúde;
- O projecto de avaliação da qualidade organizacional de centros de saúde (MoniQuOr) irá evoluir para um sistema de qualificação de centros de saúde no contexto da construção de um sistema nacional de qualificação dos

centros de saúde, que deverá incorporar também os resultados da avaliação da satisfação dos doentes e profissionais;

- De forma a promover uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total, apostar-se-á na qualidade da gestão (*QualiGest*), tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) para os serviços públicos, aprovado oficialmente pela Comissão Europeia – o *Common Assessment Framework* (CAF)”.

Através da análise da estratégia do Plano Nacional de Saúde e como Boto et al (2008) refere, em Portugal, existiu uma pressão ou pelo menos um incentivo central (da tutela) para a consolidação desta estratégia. A administração central patrocinou ou promoveu a acreditação hospitalar mediante um protocolo entre o Ministério da Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde, com a aplicação num grupo de hospitais do modelo King's Fund e, numa segunda fase, em 2004, incentivou um segundo grupo de hospitais a aderir a um protocolo da Direcção Geral da Saúde com a Joint Commission.

A procura duma agilização da gestão hospitalar, através da alteração de estatuto jurídico de alguns hospitais, com passagem dos mesmos a sociedades anónimas, levou à introdução do processo de acreditação pela Joint Commission (Boto; Costa; Lopes, 2008). As alterações de programas de acreditação ou da natureza do estatuto hospitalar, como também a desarticulação do Instituto de Qualidade em Saúde advém eventualmente, de decisões ou alterações do paradigma político.

Actualmente, a Direcção Geral da Saúde criou um Departamento da Qualidade que é sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde e da Agência da Qualidade na Saúde, com o papel de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. E como apoio deste Departamento, através da emissão de recomendações para a prossecução dos objectivos da Estratégia Nacional para a Saúde, foi criado o Conselho para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 13793/ 2009).

A Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde apresenta-se bastante focada na criação de um programa nacional de acreditação em saúde, com base num modelo sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português. Defende

a procura de uma consolidação da cultura da qualidade integral através do empenho voluntário das organizações na procura da melhoria contínua, esperando garantir assim, a qualidade das mesmas (Despacho n.º 14223/2009).

O Departamento da Qualidade da Saúde está, actualmente, a acompanhar a adaptação e implementação do programa de acreditação de unidades de saúde da Agência da Qualidade em Saúde da Andaluzia. Foi este o programa escolhido pelo Ministério da Saúde, após a avaliação de vários sistemas internacionais, como o modelo oficial e nacional de acreditação de unidades prestadoras de cuidados de saúde. A tutela explica esta escolha alegando a sustentabilidade do modelo e também o facto do sistema poder ser aplicado tanto a cuidados de saúde primários como a secundários. Numa primeira etapa, o programa será aplicado a quatro unidades de saúde familiar (Oliveira, 2009).

Alexandre Dinis, director do Departamento da Qualidade em Saúde, afirma que “o modelo já está testado e tem vindo a ser aplicado a uma população muito semelhante à portuguesa, em termos numéricos e epidemiológicos, num sistema de saúde público – o andaluz – cuja organização é também muito parecida com a do Serviço Nacional de Saúde” (Oliveira, 2009).

Porém, apesar das semelhanças, o modelo terá que ser adaptado à realidade portuguesa devido às diferenças legislativas e de organização.

Ao nível da organização, e em relação a exames complementares, é possível verificar estas diferenças pois, actualmente, os andaluzes, devido à focalização do seu sistema de saúde na promoção da saúde e prevenção da doença, intrinsecamente relacionada com o importante papel do médico de família, têm a possibilidade de realizar grande parte dos exames complementares de diagnóstico nos centros de saúde, ao contrário da realidade portuguesa (Oliveira, 2009).

Adicionalmente, a adopção deste modelo acarretará necessariamente problemas acrescidos uma vez que exige a tradução e adaptação de documentação de suporte a uma realidade diferente (Oliveira, 2009).

O desenvolvimento de um sistema de qualidade integral do sistema de saúde requer uma decisão estratégica de carácter político. Contudo, e como Biscaia refere, a

política de qualidade definida em 1999 para Portugal perdeu, poucos anos mais tarde, todo o enquadramento de suporte, filosofia e estratégia. A extinção do Instituto da Qualidade em Saúde representou a perda duma das estruturas fundamentais de suporte ao processo de acreditação das unidades de saúde (Oliveira, 2008).

Iniciativas como o MoniQuOr para centros de saúde, o *King's Fund* e *Joint Commission* para Hospitais contribuíram, de forma primordial, para o avanço da melhoria da qualidade em serviços de saúde nacionais, no entanto, Biscaia critica o poder político por ainda não ter compreendido que o desenvolvimento de uma política da qualidade integral do sistema de saúde impõe uma visão estratégica própria e a criação de uma estrutura específica, e necessita de financiamento e recursos humanos (Oliveira, 2008).

Este desenvolvimento de uma política de qualidade integral e visão estratégica própria, tal como a criação de uma estrutura própria de acreditação da qualidade, seja a um nível hospitalar ou, a um nível mais específico de um serviço de imagiologia implica a compreensão da experiência passada, dos modelos de acreditação, e levantamento de todos os seus aspectos positivos e negativos.

### **2.5.1 Kings Fund**

O *king's Fund* é uma organização inglesa sem fins lucrativos que promove a implementação e desenvolvimento da melhoria das condições de saúde da população do Reino Unido. Surgiu em Janeiro de 1988 designado por *King's Fund Organisational Audit*, alterou o seu nome, em 1998, para *Health Quality Service*, e, em 2000 tornou-se uma fundação independente com a missão de apoiar prestadores de cuidados a melhorar a qualidade dos seus serviços baseada numa avaliação independente e acreditação. Em 2005, foi integrada na *Caspe Healthcare Knowledge Systems Ltd* (CHKS, Ltd.), pela *Health Accreditation and Quality Unit* (HAKU) (UK. CHKS, 2009).

Esta organização trabalha não só no Reino Unido, mas também internacionalmente. Acredita hospitais, prestadores de cuidados de saúde primários, lares e outros tipos de prestadores (UK. CHKS, 2009). Os programas de acreditação são, histórica e por

tradição, voluntários. A adesão por parte dos hospitais nacionais não fugiu à regra, isto é, resultou da iniciativa dos conselhos de administração dos hospitais que se dirigiram ao IQS e ao Grupo Coordenador Nacional no sentido de obterem informações sobre o processo e forma de participação (Christo, 2000).

A metodologia CHKS compõe-se de um certo número de passos, de realização obrigatória e sequencial que em termos gerais se podem enunciar do seguinte modo: introdução aos padrões e critérios, auto-avaliação e desenvolvimento organizacional, revisão por pares e, por último, relatório final e decisão de acreditação. Esta revisão fornece, portanto, uma avaliação externa e independente do desempenho da organização face a padrões explícitos, dado que os avaliadores são profissionais hospitalares com experiência recente nas áreas médica, de administração e enfermagem (UK. CHKS, 2009).

As técnicas utilizadas são a revisão de documentação, a entrevista e a observação directa, de que é exemplo a realização de uma visita nocturna ao hospital. Após esta avaliação, a organização recebe um relatório preliminar para análise e produção de comentários que antecede o relatório final com as conclusões e recomendações ou sugestões de actuação (UK. CHKS, 2009).

O seu processo de acreditação, em conteúdo, cobre diversas áreas, disponíveis no site da organização. Os aspectos monitorizados são principalmente estruturais e processuais. Como exemplo, na área da gestão do risco investigam-se a existência de estruturas organizacionais específicas, documentos estratégicos actuais, comités e actas de reuniões, programas em curso, registos e sistemas (Boto; Costa; Lopes, 2008).

O facto deste modelo se encontrar muito orientado para o processo torna-o muito burocrático. Exige-se a documentação de todos os procedimentos e assume-se que são respeitados, porém verifica-se a falta de evidência do conhecimento e cumprimento desses mesmos procedimentos. Desta forma, não se pode afirmar com evidência de que existe qualidade pois apesar deste modelo enquadrar, de forma exigente, os critérios estrutura e processo, revela-se um pouco mais débil relativamente ao critério de resultado. Como já foi referido, anteriormente, a regulamentação das condições de qualidade só por si não assegura que os agentes ajam em concordância portanto, o ideal seria um modelo que integrasse e



monitorizasse os três critérios que Avedis Donabedian defende como as bases da qualidade: estrutura, processo e resultado.

A norma do presente modelo referente ao Serviço de imagiologia apresenta cinco capítulos principais (UK. CHKS, 2009):

- Gestão e colocação de pessoal (9 normas),
- Processo (13 normas),
- Imagens de Ressonância magnética (7 normas),
- Meio físico (9 normas),
- Melhoria da qualidade (3 normas).

É possível questionar o facto de o modelo apresentar ou verificar a necessidade de um capítulo exclusivo para a modalidade ressonância magnética descurando as restantes valências.

O capítulo de melhoria da qualidade pode também considerar-se muito redutor pois apresenta apenas três normas referentes à monitorização do encaminhamento e carácter atempado dos exames, do tempo de espera e doses de radiação. Relembrado que se pode considerar que os serviços de imagiologia possuem dois produtos, a imagem e o relatório médico, então seria importante e provavelmente, o objectivo essencial deste capítulo, conceber formas de realizar a monitorização e melhoria contínua da qualidade dos dois produtos.

### **2.5.2 *Joint Commision***

Segundo Boto, Costa e Lopes (2008), a procura duma agilização da gestão hospitalar, através da alteração de estatuto jurídico de alguns hospitais (a passagem dos mesmos a sociedades anónimas) levou à introdução do processo de acreditação pela *Joint Commission*.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) foi fundada em 1951 como uma organização independente, não governamental e não lucrativa (USA. JCHO, 2009). É uma organização internacional composta por 16

membros (médicos, enfermeiros, administradores e especialistas em políticas públicas). Os quais pertencem às seis maiores regiões do mundo: América Latina e Caraíbas, Ásia e Orla do Pacífico, Médio Oriente, Europa Central e de Leste, Europa Ocidental e África (USA. JCHO, 2009). Por mais de 75 anos, JCAHO tem-se dedicado a melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Actualmente, acredita mais de 19.000 organizações (USA. JCHO, 2009). A sua missão baseia-se na promoção da melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados ao doente e no desempenho das organizações de saúde (USA. JCHO, 2009). A JCAHO actua em áreas como ambulatório/cuidados primários; saúde comportamental; cuidados domiciliários e hospício; hospitais; laboratórios; cuidados a longo prazo e redes de saúde (USA. JCHO, 2009).

As instituições internacionais são acreditadas por um organismo específico da JCAHO, a *Joint Commission International* (JCI) (USA. JCHO, 2009). A acreditação realiza-se com o estabelecimento de normas e inspecção das organizações concorrentes. Para além da acreditação, a JCAHO fornece programas de educação e publicações de forma a divulgar informação sobre a melhoria da qualidade da saúde através da acreditação (USA. JCHO, 2009).

Os objectivos desta instituição respondem a uma exigência crescente de normas baseadas na avaliação da saúde em todo o mundo. As normas estão organizadas segundo padrões importantes e comuns a todas as organizações de saúde. Aplicam-se a toda a organização assim como a cada departamento, unidade ou serviço. Os padrões estão divididos em duas secções (USA. JCHO, 2009):

- **Secção I: Padrões Centrados nos Doentes**
  - *Acesso a Cuidados de Saúde e Continuidade de Cuidados de Saúde*
  - *Direitos dos Doentes e das suas Famílias*
  - *Avaliação de Doentes*
  - *Prestação de Cuidados aos Doentes*
  - *Cuidados Cirúrgicos e Anestésicos*
  - *Gestão e Utilização da Medicação*
  - *Educação dos Doentes e suas Famílias*
- **Secção II: Padrões de Gestão de Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde**
  - *Melhoria da Qualidade e Segurança dos Doentes*
  - *Prevenção e Controlo de Infecções*
  - *Administração, Liderança e Orientação*

- *Gestão e Segurança de Instalações*
- *Qualificações e Formação do Pessoal*
- *Gestão da Comunicação e da Informação*

O processo de auditoria reúne uma conformidade de informação de normas a este nível, mas a decisão de acreditação é baseada no nível global de conformidade encontrado em toda a organização (USA. JCHO, 2009).

Para se candidatar à JCAHO, a organização deve cumprir requisitos; realizar uma auditoria de acreditação, ou seja, avaliar a conformidade da organização com as normas da JCAHO e com as suas declarações de intenção, o que ajuda as organizações a identificar, corrigir problemas e a melhorar a qualidade dos Cuidados e Serviços. Os auditores para além de avaliarem, dão formação e apoio às actividades de melhoria da qualidade na organização (USA. JCHO, 2009).

O modelo de acreditação da JCAHO apresenta-se orientado essencialmente para os elementos mensuráveis, ou o resultado segundo Donabedian, o que eventualmente, poderá levantar questões. Em algumas situações, os profissionais podem ser induzidos a negligenciar a qualidade do processo de forma a cumprir a qualidade dos resultados como descuidar os procedimentos para cumprir tempos de espera ou tempos de permanência nos serviços definidos a nível da administração. A integração da experiência de todos os grupos profissionais na operacionalização do processo e monitorização dos resultados exigidos é imprescindível porém, por vezes, não é uma realidade.

Pode ainda considerar-se uma lacuna deste modelo a integração das normas específicas para o serviço de imagiologia no padrão Avaliação de Doentes descurando a imagiologia de intervenção, focalizando-se somente na imagiologia de diagnóstico e estabelecendo apenas elementos mensuráveis para procedimentos de radiologia diagnóstica. O modelo é pouco exaustivo possuindo unicamente onze normas para os serviços de imagiologia. Estas normas centram-se em aspectos como cumprimento de normas locais, controlo da qualidade dos equipamentos, segurança e protecção radiológica, qualificações profissionais e monitorização dos protocolos com entidades exteriores. Todos os pontos referidos são importantes porém, e de modo semelhante ao modelo CHKS, não se verifica a monitorização e

procura da melhoria dos produtos disponibilizados pelos serviços de imagiologia, a imagem e o relatório médico.

Tanto o modelo do CHKS como o modelo *Joint Comission* são modelos para acreditar hospitais e talvez devido a esta orientação do modelo de acreditação não possuam normas exaustivas a nível particular dos serviços hospitalares. Tanto os serviços hospitalares, nos quais se incluem os serviços de imagiologia, como também clínicas de imagiologia privadas, em Portugal, que sentem ser importante e sentem a necessidade de um olhar mais centralizado na gestão da qualidade dos seus processos e produtos, apenas têm disponíveis empresas de certificação de sistemas da qualidade, que utilizam as Norma NP EN ISO 9001, publicadas pelo Instituto Português da Qualidade.

### **2.5.3. Instituto Português da Qualidade**

Paralelamente aos programas de acreditação, o Instituto Português da Qualidade (IPQ) possui ainda programas de certificação que contemplam o tema da qualidade.

No que concerne à participação ao nível internacional, o IPQ assegura a representação de Portugal em inúmeras estruturas europeias e internacionais relevantes para a sua missão, designadamente, no *European Committee for Standardization* (CEN), no *European Committee for Electrotechnical Standardization* (CENELEC), na *International Electrotechnical Commission* (IEC), na *Conference General des Poids et Mesures* (CGPM), na *International Organization for Legal Metrology* (OIML), e na *International Organization for Standardization* (ISO) (PORTUGAL. IPQ, 2009).

A *International Organisation for Standardisation* (ISO) é uma instituição não governamental de organismos de normalização de 130 países, um por país. A sua missão é a promoção do desenvolvimento da normalização e actividades relacionadas, em todo o mundo, como elemento facilitador das trocas comerciais de bens e serviços, dentro dos princípios da Organização Mundial do Comércio (PORTUGAL. IPQ, 2009).

As normas ISO 9000 são referenciais para a implementação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ) que representam um consenso internacional sobre boas práticas de gestão e com o objectivo de garantir, da primeira e de todas as vezes, o fornecimento de produtos que satisfaçam os requisitos dos clientes ou estatutários e/ou regulamentares, bem como a prevenção dos problemas e a ênfase na melhoria contínua.

Após tradução e adopção em Portugal, foram designadas por NP EN ISO 9001:2008 (PORTUGAL. IPQ, 2009).

#### **2.5.3.1 Normas ISO 9001:2008**

O contexto socioeconómico em que os serviços de saúde estão inseridos é caracterizado, cada vez mais, pelos desejos dos clientes e não apenas por um mero acto de gestão, o que corresponde ao impulso para a normalização e para o reconhecimento oficial dos seus sistemas de qualidade através da certificação (Christo, 2000). A uniformização das práticas organizativas que resulta da adopção dos requisitos das Normas ISO 9000 provém de estes terem sido, num contexto internacional, consistente e repetidamente aplicados, testados e verificados na prática, e de a sua actualização estar assegurada através de um processo de revisão (Christo, 2000).

A implementação de sistemas da garantia de qualidade em serviços de saúde deve ser ponderada pela Administração dos serviços de forma a, não só, acautelar custos desnecessários e desilusões mas também, permitir a comunicação aos colaboradores das verdadeiras vantagens (Christo, 2000).

Os requisitos das Normas são iguais para qualquer serviço de saúde, porém o importante é saber adequar a sua aplicação consoante se trate de um pequeno consultório, de um grande hospital, de um serviço de urgência ou de uma unidade de imagiologia (Christo, 2000).

A Norma NP EN ISO 9001 especifica os requisitos de um sistema de gestão da qualidade que pode ser utilizado para aplicação interna pelas organizações, ou para certificação, ou para propósitos contratuais. Encontra-se centralizada na eficácia da

gestão da qualidade para ir de encontro aos requisitos do cliente (PORTUGAL. IPQ, 2009).

A presente norma exige que identifique e evidencie (Christo, 2000):

- Processos críticos (representam a natureza da sua missão);
- Processos de suporte ou sub-processos (sustentam os processos críticos);
- Adopção de uma metodologia controlada, conhecida por todos os intervenientes, para realização dos serviços.

Os documentos necessários para evidenciar o modo como a organização desenvolve, mede e controla as actividades de prestação do serviço varia consoante a dimensão e complexidade da unidade de serviços, da maturidade das suas regras de boa prática, da formação e experiência dos seus profissionais e gestores, dos riscos inerentes à actividade específica e do grau de exigência da política e objectivos da qualidade estabelecidos (Christo, 2000).

Diversos serviços de saúde apresentam normas internas de boa prática e regras que estabelecem como se realiza a interface entre as diferentes áreas ou departamentos. Caso tal se verifique, trata-se de avaliar o que já existe, de identificar quais as exigências da Norma já razoavelmente cobertas e quais são as que necessitam de implementação (Christo, 2000).

A Norma ISO 9000 apresenta os requisitos repartidos por quatro áreas (Christo, 2000):

- Responsabilidade da direcção;
- Gestão de recursos;
- Realização do serviço ou do produto e
- Medição, análise e melhoria.

As instituições de saúde que pretendem candidatar-se à certificação procedem à implementação dos requisitos definidos pela Norma ISO 9000. Após esta implementação e a sua consolidação, a instituição de saúde submete uma candidatura a um organismo de certificação, como por exemplo, a Associação Portuguesa de Certificação (APCER) a *Lloyd's Register Quality Assurance*. A

candidatura inclui a descrição das actividades da instituição, o leque de serviços que oferece, a forma como organizou o sistema de garantia de qualidade e outra informação.

A instituição de certificação analisa o manual de qualidade da organização e outra documentação, se necessário. No fim da auditoria, os auditores elaboram um relatório que servirá de base à certificação. Desde que a certificação seja concedida, são efectuadas auditorias de acompanhamento do sistema de qualidade durante o período de validade de certificação (normalmente, 3 anos). Este tipo de auditorias não é tão exaustivo como a auditoria de concessão ou de renovação. Por ventura, se forem identificadas “não conformidades” críticas durante uma auditoria de acompanhamento ou renovação e não forem rectificadas durante um período de tempo específico, a certificação é suspensa até que a instituição evidencie o cumprimento dos requisitos necessários (Christo, 2000).

A certificação pelas ISO 9001 traz muitas vantagens contudo o facto dos requisitos das normas de referência serem orientadas para a indústria e, depois os mesmos para qualquer serviço de saúde, pode levantar algumas questões. A sua aplicação pode assumir diversas formas, o que implica que caberá a cada organização realizar uma transposição criteriosa e ponderada para a sua realidade (Christo, 2000). Assim, pode questionar-se a possibilidade da existência de alguns vieses dado que a aplicação das normas pode ser feita com perspectivas e critérios variáveis (mesmo para serviços e produtos iguais).

A certificação de serviços de imagiologia através das normas ISO 9001 levanta ainda outros problemas, uma vez que classifica o serviço de imagiologia como um prestador de serviços e, conseqüentemente, não se aplicando as normas do capítulo de concepção e desenvolvimento do produto. Todavia, e como já foi sustentado anteriormente, o serviço de imagiologia produz imagens e relatórios médicos que podem e, normalmente, seguem para profissionais exteriores ao serviço. Este profissionais baseados então, nos produtos do serviço de imagiologia, tomam as suas decisões referentes ao processo diagnóstico ou terapêutico dos doentes. Baseando-nos neste cenário, o modelo de certificação não monitoriza a qualidade de concepção e desenvolvimento da imagem e do relatório médico, o que pode ser considerado uma lacuna importante.

## 2.6. Acreditação de Serviços de Imagiologia

Para colmatar as desvantagens e as lacunas dos modelos de acreditação hospitalar e da certificação ISO relativamente aos serviços de imagiologia têm surgido, internacionalmente, diversos programas específicos de acreditação para serviços de imagiologia, adequados à realidade de cada país.

O desenvolvimento de programas de acreditação é um processo complexo que deve ser despolitizado tanto quanto possível. A criação de um programa de acreditação de serviços de imagiologia deve integrar principalmente, grupos profissionais e académicos. Quando o programa está completo deve ser conduzido um teste piloto para verificar se é realista e realizável. Antes da sua implementação, o programa de implementação passa por nova revisão (Amis, 2000).

Este foi o processo de criação e desenvolvimento dos programas de acreditação de instituições que têm demonstrado grande pro-actividade na área da qualidade em imagiologia, designadamente nos *College of Radiographers* (CoR) ; *Royal College of Radiologists* (RCR) e *American College of Radiology*(ACR).

Estas organizações profissionais criaram programas específicos de acreditação em imagiologia delineados e construídos por peritos da área, o **ISAS** (*Imaging Services Accreditation Scheme*) do *College of Radiographers* (CoR) e o *Royal College of Radiologists* (RCR) e os **Accreditation Programs** do *American College of Radiology*.

A nível mundial existem outros programas de acreditação de serviços de imagiologia porém o ISAS foi recentemente concebido e surgiu da parceria de duas organizações profissionais de técnicos de radiologia e médicos radiologistas enquanto os *Accreditation Programs* do *American College of Radiology* são os programas de acreditação com mais tempo de desenvolvimento e aplicados a um maior número de unidades prestadoras de saúde.

O conhecimento, estudo e a experiência destes modelos de acreditação são ferramentas importantes para o planeamento da criação dum modelo nacional específico para serviços de imagiologia. Não se pretende a aplicação destes



modelos à realidade nacional porque foram criados para realidades com características diferentes porém, a área de actuação é a mesma, e por isso, acredita-se ser importante conhecer as principais experiências internacionais para aumentar a informação sobre o problema em questão e conhecendo as soluções encontradas por outros países, delinear a sua resolução na realidade portuguesa.

### **2.6.1. ISAS - *Imaging Services Accreditation Scheme***

(UK. The College of Radiographers; UK. The Royal College of Radiologists, 2009)

O *College of Radiographers* (CoR) e o *Royal College of Radiologists* (RCR) são associações do Reino Unido de profissionais de saúde ligados à imagiologia, a primeira, de Técnicos de Radiologia e a segunda, de Médicos Radiologistas e Medicina Nuclear.

Apresentaram, em conjunto, a 9 de Junho de 2009 no Congresso de Radiologia do Reino Unido, em Manchester, um sistema de acreditação dos serviços de imagiologia público ou privado (*ISAS – Imaging Service Accreditation Scheme*) com *standards* adequados à realidade do Reino Unido.

O ISAS procura oferecer confiança aos consumidores, colaboradores e gestores sobre a segurança, a efectividade e a sustentabilidade dos serviços de imagiologia. Os *standards* são válidos e imutáveis em ciclos de 4 anos e a fundamentação, baseada na evidência, é revista e actualizada de seis em seis meses.

A acreditação inicia-se com a candidatura do serviço, seguindo-se uma avaliação inicial composta por um relatório de auto-avaliação e uma visita por uma equipa de assessores multidisciplinar. A monitorização anual impõe uma revisão da auto-avaliação e ainda inclui uma visita, a meio do processo, dum equipa de auditores mais pequena. O ciclo recomeça com uma reacreditação que se inicia com uma visita mais intensiva no 4º ano.

Os *standards* são o produto do desenvolvimento de um processo rigoroso durante dois anos por um painel de peritos constituídos por médicos radiologistas, técnicos de radiologia e também por associações de doentes que colaboraram na sua elaboração. Ainda, neste processo, foi tomado em conta sugestões e comentários

de agências governamentais relevantes, instituições reguladoras e outros profissionais de saúde.

Fez-se um estudo piloto, para testar os *standards*, em 5 serviços de radiologia (representativo do sector público e privado). Os *standards* foram revistos por uma instituição independente e sujeitos a conhecimento público antes da sua finalização.

Os *standards* são (UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009):

- Baseados no doente
- Cobrem as funções e sistemas de um serviço de imagiologia de diagnóstico e de intervenção.
- Avaliam as dimensões da qualidade e do seu processo de melhoria.

Os *standards* ISAS incluem medidas de resultados e fomentam a vontade das organizações de progredir de forma contínua e segundo objectivos de performance. Ao avaliar a conformidade dos serviços com os standards a equipa de “auditoria” verificará se o serviço utiliza as medidas de resultados e se os objectivos traçados pelo mesmo estão de acordo com as boas práticas.

De forma a facilitar a sua abordagem os standards foram agrupados em quatro domínios (UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009):

- Clínico – Promover o papel do serviço em diagnósticos e tratamentos rápidos e precisos. Aplicação de práticas administrativas e clínicas apropriadas à população; uma gestão do risco e de emergências eficiente; a monitorização da qualidade da imagem e relatórios e finalmente, a revisão das práticas clínicas, tanto existentes como novas, para desenvolver e melhorar o serviço prestado.
- Instalações e Recursos – Assegurar que os recursos são utilizados de forma efectiva para prestar um serviço seguro, eficiente, confortável e acessível, através de instalações adequadas (físicas e também equipamentos) e recursos humanos motivados e competentes.

- *Feedback* do doente - Autenticar que o serviço prestado está focado no doente e respeita as suas necessidades. O serviço deve recolher a informação necessária e proporcionar apoio aos doentes e acompanhantes, respeitando as diferenças culturais, religiosas, de idade e restantes factores. É imperativo ainda proporcionar um sistema de feedback para doentes e acompanhantes.
- Segurança – Assegurar que o serviço providencia o mais alto nível de segurança para doentes, profissionais e outros que contactem com o serviço. Deve realizar-se uma avaliação e gestão dos riscos associados à actividade do serviço.

Os domínios não podem ser considerados isoladamente e, para a acreditação, todos os domínios devem ser tratados como fracções interligadas dum sistema.

Existem 31 *standards* e cada um está estruturado em 3 secções (UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009):

- **Secção 1 (um)** compreende o *standard*, a sua explicação e os diversos critérios a respeitar. O *standard* refere-se a um aspecto necessário para o funcionamento do serviço. A explicação clarifica porque é que determinado *standard* é importante. A lista de critérios indica as estruturas e processos necessários para a validação do *standard*.
- **A secção 2 (dois)** apresenta exemplos das evidências requerida para a realização da acreditação. Os serviços que pretendam participar no processo de acreditação deverão apresentar:
  - Documentos aprovados que revelem as políticas, protocolos ou estratégias de como o serviço planeia atingir cada *standard*.
  - Evidência de que os serviços estão a desenvolver os processos.
  - Evidência que os serviços estão a monitorizar a sua performance de implementação das suas políticas, protocolos e estratégias.
- **A secção 3 (três)** providência comentários para cada *standard* e aconselha os serviços para documentos relevantes, incluindo orientações profissionais e legislação.

A secção 2 e 3 são sensíveis a interesses comerciais, portanto apenas se encontram disponíveis na ferramenta online.

### **2.6.2 American College of Radiology Accreditation Programs**

(USA. ACR, 2009)

O *American College of Radiology* (ACR), com mais de 30,000 membros, é a principal organização de médicos radiologistas, neurorradiologistas e médicos de radioterapia dos Estados Unidos da América. O colégio é uma organização profissional, não lucrativa, cujos objectivos são promover o avanço da área da radiologia, melhorar os serviços de radiologia prestados ao doente, estudar os aspectos socioeconómicos da radiologia e fomentar a formação contínua dos profissionais.

Nos Estados Unidos da América, as necessidades de acreditação impõem-se devido à obrigação legal, de todas as instituições a realizar mamografia, necessitarem de certificação da *Food and Drug Administration* (FDA) através do *Mamography Quality Standards Act and Program* (MQSA). Para que uma instituição seja certificada implica que seja acreditada. A FDA designou o ACR como um corpo com poder de acreditação.

As instituições que procuram a acreditação noutras valências da radiologia fazem-no de forma voluntária movidas por uma grande variedade de razões (USA. ACR, 2009):

- Revisão por pares, avaliação da pratica focada na educação;
- Necessidade de documentos certificativos referentes a equipamentos específicos, educação contínua e qualificação profissional da equipa;
- Avaliação por peritos da qualidade de imagem;

- Obter uma revisão formal que se encontre de acordo com os critérios da *American Cancer Society* (ACS), documentos do governo federal ou do estado ou entidades parceiras/clientes;
- Políticas de pagamento da *Medicare* ou outras entidades clientes podem exigir acreditação;
- Ferramenta de *marketing*.

Baseados no sucesso do programa de acreditação da mamografia, e devido à variação observada tanto nos serviços prestados como na qualidade destes, o ACR desenvolveu ainda programas de acreditação em (USA. ACR, 2009):

- Radioterapia (em 1986);
- Ecografias (em 1995);
- Biopsia mamária estereotática (em 1996);
- Ressonância magnética (em 1996);
- Ecografia mamária (em 1998);
- Medicina nuclear (em 1999);
- Tomografia computadorizada (em 2002);
- Radiografia/fluoroscopia (em 2002).

O objectivo dos programas de acreditação é estabelecer normas de qualidade e ajudar os profissionais a melhorar continuamente a qualidade de cuidados que prestam aos doentes. Os programas permitem a realização de revisões por pares e avaliação das qualificações dos profissionais, do equipamento, da qualidade das imagens, da dose de radiação; de programas de controlo e de garantia de qualidade. Acredita-se que estes são os principais factores que afectam a qualidade das imagens clínicas e consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados aos doentes em imagiologia.

Quando o processo de acreditação está completo a ACR envia um relatório final e confidencial de cada valência para o médico responsável. O objectivo é documentar os resultados da avaliação, definir áreas de melhoria e realizar recomendações.

Todos os programas de acreditação estão baseados nos *standards* e *guidelines* ACR, embora possam ser mais rígidos. Os resultados dos relatórios clínicos devem estar de acordo com as *guidelines* de comunicação em imagiologia diagnóstica do ACR.

Em relação à segurança dos doentes e profissionais, as políticas e procedimentos devem ser estabelecidas, nomeadamente, a administração de contraste, os procedimentos de reconhecimento e tratamento dos efeitos adversos ao contraste, e o seguimento dos doentes.

Deve ser ainda estabelecida uma política de exposição mínima à radiação, tanto dos doentes como profissionais de acordo com o princípio ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*).

As instituições podem escolher realizar a acreditação de apenas uma valência ou conjuntos destas. Devido a exigências legais na acreditação de mamografia e diferenças de acreditação da área de radioterapia (*radiation oncology*), as instituições que procuram a acreditação nestas duas modalidades têm de o fazer individualmente.

Paralelamente, hoje em dia, os doentes têm cada vez um maior acesso à informação e estão bem informados sobre as questões dos cuidados de saúde. Procuram, cada vez mais, qualidade e adequação dos cuidados de saúde e a acreditação ACR é reconhecida como um indicador da qualidade.

Toda a informação necessária à acreditação, desde procedimentos obrigatórios a normas orientadoras, encontra-se disponível no website do ACR, tal como as instituições acreditadas.

## **2.7 ISAS vs ACR Accreditation Programs**

Os programas de acreditação específicos para serviços de imagiologia desenvolvidos a nível internacional apresentam diferenças tanto a nível de organização como de aplicação dos programas. No processo de criação de um programa de acreditação nacional o estudo destas diferenças promove a

ponderação da viabilidade das diversas hipóteses de resolução do problema e a perspetivação da melhor solução.

O ISAS é o resultado da parceria de duas organizações de classes profissionais diferentes (médicos de radiologia e técnicos de radiologia) enquanto os *ACR Accreditation Programs* são fruto do trabalho de apenas uma organização profissional (médicos de radiologia, neurorradiologia e radioterapia).

O ISAS apresenta um único programa que pode ser aplicado a qualquer organização, independentemente das valências radiológicas que possua, avaliando quatro domínios (UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009):

- Clínico – Aplicação e revisão de práticas administrativas e clínicas apropriadas à população; uma gestão do risco e de emergências eficiente; a monitorização da qualidade da imagem e relatórios.
- Instalações e Recursos – Assegurar instalações adequadas (físicas e também equipamentos) e recursos humanos motivados e competentes.
- *Feedback* do doente – Proporcionar um sistema de *feedback* para doentes e acompanhantes de forma a recolher a informação necessária e proporcionar apoio.
- Segurança – Assegurar o mais alto nível de segurança para doentes, profissionais e outros que contactem com o serviço. Realização de uma avaliação e gestão dos riscos associados à actividade do serviço

Os domínios não podem ser considerados isoladamente e, para a acreditação, todos os domínios devem ser tratados como fracções interligadas dum pacote total. Cada domínio apresenta *standards*. Os *standards* podem ser aplicados a qualquer serviço de imagiologia público ou privado, independente do seu tamanho, do número de profissionais ou das actividades que realize.

O serviço terá de perceber, numa fase inicial, os *standards* que lhe são adequados. O que inclui detalhes organizacionais e uma descrição de todas as modalidades utilizadas, grupos de doentes e a localização do serviço a ser acreditado.

Os *standards* foram desenhados para serem aplicados a qualquer valência radiológica, diagnóstica ou de intervenção (UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009).

Os programas de acreditação *ACR* são programas isolados para as diferentes valências de imagiologia (USA. *ACR*, 2009):

- Mamografia
- Radioterapia
- Ecografias
- Biopsia mamária estereotática
- Ressonância magnética
- Ecografia mamária
- Medicina nuclear
- Tomografia computadorizada
- Radiografia/fluoroscopia.

Apesar de cada programa ser específico todos procuram verificar aspectos semelhantes como (USA. *ACR*, 2009):

- Qualificações profissionais
- Equipamentos
- Controlo da Qualidade
- Garantia da Qualidade/Auditoria Médica
- Qualidade dos relatórios
- Qualidade da imagem
- Armazenamento da informação
- Reclamações/Sugestões
- *ACR Practice Guidelines and Technical Standards.*

Os programas *ACR* são exaustivos e exigem a leitura e conformidade com diversos documentos de *guidelines e technical standards*, mediante a valência que se pretende acreditar (USA. *ACR*, 2009).



O ISAS faz a acreditação de uma instituição na sua totalidade, sendo obrigatória a sua aplicação a todas as valências que a instituição possui para poder ser acreditada (UK. *The College of Radiographers*; UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009). O ACR permite que a instituição faça os programas isoladamente ou em conjunto (USA. ACR, 2009).

Os programas encontram-se organizados de forma distinta porém, ambos promovem a procura da melhoria contínua da qualidade em imagiologia. As diferenças de organização entre os programas, provavelmente devem-se ao programa ISAS ser recente, com um ano de aplicação, e neste sentido, pretender fazer uma primeira abordagem global da qualidade em serviços de imagiologia, sendo possível posteriormente tornar o processo cada vez mais específico, como se verifica nos diferentes programas de acreditação ACR, com mais tempo de desenvolvimento.

De modo a tornar a solução para a realidade portuguesa, o mais completa possível, deve-se realizar um levantamento das características, que se adequem aos serviços de imagiologia nacionais, dos dois programas.

### 3.Descrição do Problema

---

Uma elevada qualidade dos serviços de saúde justifica-se por diversas razões (Mezomo, 2001):

- Sociais – os cidadãos têm maiores expectativas relativamente aos cuidados de saúde e à Saúde;
- Éticas – os prestadores têm o dever de assegurar uma qualidade de cuidados de acordo com o nível científico exigido;
- Profissionais – a qualidade prestigia o prestador e é cada vez mais importante no exercício e no percurso profissional;
- Económicas – as disponibilidades orçamentais são reduzidas em relação às necessidades, o que obriga à melhor utilização dos recursos;
- Sobrevivência empresarial – a exigência dos cidadãos representa um factor competitivo entre prestadores.

A falta da qualidade no sector da Saúde pode atingir consequências graves, podendo provocar a destruição de bens tão essenciais como a saúde e a vida e, desta forma, comprometer doentes, profissionais e instituições.

Uma vez que a qualidade final da prestação de cuidados de saúde está intrinsecamente dependente da qualidade de todos os cuidados, serviços, procedimentos e produtos intermédios, é substancial a avaliação e monitorização específica da qualidade dos mesmos.

O serviço de imagiologia é uma peça elementar, tanto no processo de elaboração do diagnóstico, como no processo da terapêutica, acentuando-se a sua importância dado que a evolução tecnológica comporta progressos na acuidade diagnóstica e na quantidade e rapidez da realização dos estudos (Gama et al, 2008).

Com base neste ponto de vista, é imperativo que a imagiologia realize as suas funções de forma válida e fiável e que disponibilize produtos com qualidade, para

que o clínico elabore um diagnóstico médico ou processo terapêutico preciso (Proença, 2008).

Porém, não se pode afirmar que determinado serviço de imagiologia possua qualidade sem a medir ou monitorizar, e dessa forma, alertar para os problemas e lançar as respectivas acções correctivas.

Neste sentido, foram identificadas como medidas de promoção da qualidade: a regulamentação das condições da qualidade; a auto-regulação e a concorrência e sistemas de incentivos. A estratégia óptima envolve uma acção combinada e concertada de tais medidas. Os programas de acreditação ou certificação podem aliar as diferentes medidas dado que se baseiam em normas profissionais e institucionais, aceites como válidas e fiáveis pela comunidade profissional, que são aplicadas, monitorizadas e avaliadas, permitindo a melhoria da qualidade (Barros, 1998).

Apesar disso, o Plano Nacional de Saúde refere uma escassa preocupação com a qualidade, e procurando colmatar o problema, o poder regulador procurou incentivar, ainda, algumas experiências de acreditação de unidades de saúde, já referidas anteriormente, porém, durante a revisão da bibliografia verificou-se pouca continuidade, pouca documentação e investigação e, finalmente, pouca evidência de resultados (PORTUGAL. MS. DGS, 2004).

Em síntese, e como já foi descrito, os programas de acreditação e certificação das organizações de saúde, aplicados em Portugal, evidenciaram também algumas falhas ao nível das necessidades de acreditação ou certificação específica dos vários serviços hospitalares, incluindo os serviços de imagiologia, presentes no Quadro 1:

Programas	Âmbito de Aplicação	Normas	Lacunas na Aplicação
<b>CHKS</b>	Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestão e colocação de pessoal</li><li>• Processo</li><li>• Imagens de Ressonância magnética</li><li>• Meio físico</li><li>• Melhoria da qualidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientado para o processo;</li><li>• Falta de evidência;</li><li>• Capítulo exclusivo para RM descurando as restantes;</li><li>• Capítulo de Melhoria da qualidade redutor;</li><li>• Falta de evidência da qualidade da imagem e relatório médico.</li></ul>

<b>Joint Commission</b>	Hospitalar	11 Normas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumprimento de normas locais ou legais</li> <li>• Controlo da qualidade de equipamentos</li> <li>• Segurança e protecção radiológica</li> <li>• Qualidade e funções profissionais</li> <li>• Monitorização de protocolos com entidades exteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientado para o resultado;</li> <li>• Integra as normas da Imagiologia no padrão Avaliação de Doentes (ignorando a Imagiologia de intervenção);</li> <li>• Pouco exaustivo relativo a procedimentos de imagiologia (não refere as distintas valências da imagiologia);</li> <li>• Falta de evidência da qualidade da imagem e relatório médico.</li> </ul>
<b>NP ISO 9001:2008</b>	Adaptado (indústria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidades da direcção</li> <li>• Gestão de recursos</li> <li>• Realização do serviço ou produto</li> <li>• Medição, Análise ou Melhoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientado para a indústria;</li> <li>• Necessidade de adaptação à saúde;</li> <li>• Variabilidade de aplicação (perspectivas e critérios variáveis)</li> <li>• Classificar o Serviço de Imagiologia como prestador de serviços esquecendo os seus produtos: imagem e relatório médico (não aplica as normas de concepção e desenvolvimento de produto)</li> </ul>

**Quadro 1: Quadro-resumo dos programas de acreditação e certificação utilizados em Portugal e as suas lacunas na aplicação a serviços de imagiologia (UK. CHKS, 2009; USA. JCHO, 2009; PORTUGAL. IPQ, 2008)**

Neste contexto, a implementação dos programas de acreditação ou certificação deve procurar um enquadramento para despertar o auto-interesse das unidades de saúde. No âmbito público, com incentivos, por parte do Estado regulador e, no sector privado através da valorização por parte do doente/cliente. Todavia, o processo de valorização da qualidade, das diferentes unidades de saúde, pelo estado regulador e pelo doente só se torna completamente válido quando as unidades de saúde são certificadas ou acreditadas através do mesmo modelo pois comparar a qualidade segundo modelos diferentes ou perspectivas diferentes levanta, com certeza, algumas questões.

Denota-se, portanto, a necessidade evidente de uma certificação uniforme dos serviços de imagiologia, que tente compreender e integrar as diferenças ou características próprias das instituições, dos serviços e dos profissionais no processo de monitorização da qualidade.

O presente projecto pretende contribuir para o delineamento das bases de um documento de acreditação para serviços de imagiologia.

Como o objectivo de aumentar a informação sobre o problema em questão e conhecer as soluções encontradas por outros países para o resolver, estudaram-se as principais experiências internacionais. O conhecimento, estudo e a experiência destes modelos de acreditação são ferramentas importantes para o planeamento da criação dum modelo nacional específico para serviços de imagiologia.

Apesar dos modelos ACR e ISAS terem sido criados para realidades com características diferentes, a área de actuação é a mesma e portanto, o estudo destes modelos permitiu fazer o levantamento dos domínios e subdomínios considerados importantes para a monitorização da qualidade dos serviços de imagiologia e também observar as suas estratégias de aplicação.

Modelos	Organização e Características
<p><b>Accreditation Programs</b></p> <p><b>American College of Radiology</b></p>	<p>Apresentam vários Programas de Acreditação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografia</li> <li>• Radioterapia</li> <li>• Ecografia</li> <li>• Biopsia mamária estereotática</li> <li>• Ressonância magnética</li> <li>• Ecografia mamária</li> <li>• Medicina nuclear</li> <li>• Tomografia computadorizada</li> <li>• Radiografia/fluoroscopia</li> </ul> <p>São programas específicos por valência imagiológica. As instituições podem escolher quais acreditar.</p> <p>Apesar de cada programa ser específico todos procuram verificar aspectos semelhantes como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificações profissionais</li> <li>• Equipamentos</li> <li>• Controlo da qualidade</li> <li>• Garantia da qualidade/Auditoria médica</li> <li>• Qualidade dos relatórios</li> <li>• Qualidade da imagem</li> <li>• Armazenamento da informação</li> <li>• Reclamações</li> <li>• <i>ACR Practice Guidelines and Technical Standards</i></li> </ul>

<p><b>Imaging Services Accreditation Scheme</b></p> <p><b>The Royal College of Radiologists &amp; The College of Radiographers</b></p>	<p>Domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico – Práticas administrativa e clínica, gestão de risco e de emergência, qualidade de imagem e relatório.</li> <li>• Instalações e Recursos – Instalações, equipamentos e recursos humanos.</li> <li>• <i>Feedback</i> do doente – Avaliação do contacto com o serviço dos doentes e acompanhantes, satisfação.</li> <li>• Segurança – Gestão do risco inerente à prática.</li> </ul> <p>Pode ser realizado em qualquer organização independente do seu tamanho ou número de profissionais, desde um serviço hospitalar ou uma pequena clínica.</p> <p>Os <i>standards</i> podem ser aplicados a todas as valências imagiológicas excepto ao estudo imagiológico da mama assintomática.</p> <p>Mediante as valências imagiológicas que a clínica possui são definidos os standards ou os critérios a aplicar.</p>
--	--

**Quadro 2: Quadro-resumo da organização e características dos programas ISAS e ACR (USA. ACR, 2009; UK. *The College of Radiographers*, UK. *The Royal College of Radiologists*, 2009).**

Os programas de acreditação ACR obrigam à leitura de um maior número de documentos e textos mais densos e portanto, será mais exaustivo, mas ao mesmo tempo mais complexo, podendo provocar, a quem o pretenda aplicar, maior apreensão.

Uma análise mais intensa de ambos os programas permite verificar que ambos, embora organizados e desenhados de forma muito diferente, cobrem os mesmos aspectos. Contudo, o programa ISAS procura obter um maior *feedback* do doente e acompanhante (domínio *feedback* do doente), enquanto os programas de acreditação ACR, como são programas específicos, apresentam um maior detalhe nos diferentes itens que monitorizam.

Acredita-se que estas diferenças advêm do facto do ISAS ser um programa recente (2009) e neste sentido, pretender fazer uma primeira abordagem global da qualidade em serviços de imagiologia, sendo possível posteriormente tornar o processo cada vez mais específico, como se verifica nos diferentes programas de acreditação ACR, com mais tempo de desenvolvimento.

Embora os programas estejam organizados de forma distinta verifica-se que ambos procuram avaliar os três critérios base da qualidade de Avedis Donabedian: estrutura, processo e resultado.

<b>Critérios</b>	<b>Domínios e subdomínios ISAS</b>	<b>Domínios ACR</b>
<b>Estrutura</b> (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalações e Recursos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Instalações</li> <li>○ Equipamentos</li> <li>○ Recursos Humanos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamentos</li> <li>• Controlo da qualidade</li> <li>• Qualificações profissionais</li> </ul>
<b>Processo</b> (actividades que envolvem os profissionais de saúde e doentes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Práticas administrativas</li> <li>○ Práticas clínicas</li> <li>○ Gestão de risco e emergência</li> </ul> </li> <li>• Segurança <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestão de risco e emergência</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia da qualidade/Auditoria médica (a nível do processo)</li> <li>• Armazenamento da informação</li> <li>• <i>ACR Practice Guidelines and Technical Standards</i></li> </ul>
<b>Resultado</b> (produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões de expectativas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qualidade do relatório</li> <li>○ Qualidade da imagem</li> </ul> </li> <li>• <i>Feedback</i> do doente <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avaliação e satisfação do doente e acompanhantes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia da qualidade/Auditoria médica (a nível do resultado)</li> <li>• Qualidade dos relatórios</li> <li>• Qualidade da imagem</li> <li>• Reclamações/Sugestões</li> </ul>

**Quadro 3: Quadro-resumo dos domínios e subdomínios dos programas ISAS e ACR que avaliam os critérios base da qualidade: estrutura, processo e resultado (USA. ACR, 2009; UK. The College of Radiographers, UK. The Royal College of Radiologists, 2009)**

Através deste quadro é possível verificar os domínios e subdomínios, de ambos os programas, considerados como essenciais para avaliar os critérios base da qualidade em imagiologia. A integração da informação e estratégias de ambos os programas poderá representar uma base de trabalho importante para o processo de construção de um documento de acreditação nacional.

Assim, a estratégia óptima para a criação e sucesso de um documento de acreditação de serviços de imagiologia adequado à realidade portuguesa deve envolver a parceria de diversas organizações reguladoras, profissionais e académicas relacionadas com a imagiologia pois ninguém nunca realizará uma tarefa se não for convencido da sua validade e não tiver conhecimento claro do porquê (Mezomo, 2001).

Estas organizações devem ser integradas num grupo de peritos que se comprometa a avaliar a realidade da imagiologia portuguesa, conhecer e avaliar as soluções internacionais e a criar um documento de acreditação que consiga avaliar todos os domínios de um serviço de imagiologia.

Todo este procedimento de criação de um documento de acreditação é complexo pois envolve diversas organizações associadas a diferentes poderes formais e possivelmente, pontos de vista divergentes. Desta forma, considera-se ser relevante o desenvolvimento prévio de alicerces de todo o processo de construção de um documento de acreditação.



## 4. Metodologia

---

A metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exacta de toda acção desenvolvida no método do trabalho de investigação (Fortin, 1999).

No presente capítulo procurar-se-á:

- Delinear a investigação através da explicitação dos vários objectivos;
- Caracterizar o tipo de estudo;
- Descrever a construção do modelo de análise:
  - Explicar como se pretende concretizar a solução para o problema identificado, ou seja, os métodos a adoptar;
  - Explicitar como se fará evoluir o estado da arte e quais são as novas ideias básicas que permitirão atingir tal objectivo;
  - Definir a natureza da colaboração entre os vários parceiros e o papel desempenhado por cada um;
  - Descrever sucintamente a base teórica da Técnica Delphi.

### 4.1 Delineamento da Investigação

Face à inexistência de um documento nacional de acreditação que responda às necessidades específicas de um serviço de imagiologia e perante a existência de diferentes estratégias de implementação da qualidade a nível internacional, definiu-se como principal objectivo deste trabalho:

- Contribuir para a criação de um documento de acreditação específico para serviços de imagiologia adaptado à realidade portuguesa.

E como objectivos específicos:

- Identificar as estruturas e organizações que devem integrar a construção do documento.

- Analisar a opinião dos peritos portugueses sobre a melhor solução a adoptar para a realidade portuguesa, nomeadamente a nível dos critérios estrutura, processo e resultado de um serviço de imagiologia.
- Criar um guião de conteúdos para orientar o trabalho dos peritos na criação do documento de acreditação.

Finalmente, a operacionalização dos objectivos leva:

- Contactar as organizações consideradas representativas das classes e da academia na área da radiologia.
- Seleccionar os peritos que irão integrar o grupo Delphi.
- Aplicar a Técnica Delphi.
- Redigir de documento com as conclusões da análise dos resultados da técnica Delphi.

## **4.2 Caracterização do Tipo de Investigação**

O presente estudo, quanto ao modo de abordagem é qualitativo pois tenta explorar as perspectivas e as experiências e compreender a realidade social de grupos profissionais e culturas no tema da qualidade em radiologia. Neste tipo de estudo, o investigador trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Vilelas, 2009).

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo dado que houve necessidade de pesquisar na bibliografia nacional e internacional para construir o quadro base de análise e posteriormente, procurou-se identificar as características de determinados documentos de acreditação, aumentar os conhecimentos das particularidades e dimensão do problema, obtendo-se assim, uma perspectiva mais completa (Vilelas, 2009).

Finalmente, quanto aos procedimentos técnicos aplicar-se-á a técnica Delphi com o objectivo de identificar o nível de concordância dos especialistas na área da imagiologia e da qualidade sobre a melhor estratégia de solução de acreditação de serviços de imagiologia para adoptar em Portugal.

### 4.3 Construção do Modelo de Análise

Face ao problema e ao nível de conhecimento existente na área, escolheu-se a aplicação da técnica Delphi porque apresenta características (como anonimato; iteração com informação de retorno; tratamento das respostas do grupo; utilização mais eficiente do tempo dos peritos e convergência na distribuição das respostas) que a tornam mais vantajosa que as tradicionais reuniões presenciais e permite alcançar o consenso sobre matérias complexas. Esta técnica tem vindo a ser utilizada na resolução de problemas semelhantes ao identificado, como a fixação de metas e objectivos de um programa, o planeamento de actividades ou a elaboração de critérios de avaliação de cuidados de saúde (Justo, 2005).

No presente projecto, a estratégia óptima de criação do documento de acreditação para um serviço de imagiologia deve envolver a participação de organizações reguladoras e de classes profissionais e académicas. Este facto pode tornar todo o processo mais complexo devido à existência de diversos poderes formais e informais como possíveis sensibilidades e posições divergentes relativamente ao tema.

Em determinadas situações não é vantajoso manter o anonimato total, isto é, o facto de revelar quais são os peritos a integrar no painel pode motivar outros a participar, contudo todos os julgamentos e opiniões devem sempre manter o anonimato. Neste estudo acredita-se ser vantajoso revelar quais as instituições que estarão representadas no painel de peritos de forma a incentivar a participação de outras e a garantir um elevado suporte técnico e profissional.

O primeiro contacto pretende-se que seja o mais formal possível. Neste sentido, procurar-se-ão marcar reuniões com os principais responsáveis das organizações que foram identificadas *a priori* com o objectivo de apresentar o estudo e motivar a sua participação. Nestas reuniões será entregue uma carta de proposta de participação no estudo (Apêndice 2), com o intuito de apresentar o estudo e solicitar a identificação dos peritos representantes.

Devido à facilidade de acesso na utilização da internet, e plataformas por esta disponibilizadas, o presente estudo, terá como principais ferramentas de comunicação o e-mail e formulários electrónicos que permitirão a agregação automática dos resultados.

#### **4.3.1 Técnica Delphi**

Esta técnica foi inicialmente criada, utilizada e desenvolvida, no início da década de 1950, pela Rand Corporation com a finalidade de recolher a opinião mais consensual de peritos sobre questões ou problemas específicos (Willard, 1989).

Os métodos analíticos fechados não permitem captar todas as variações e inter-relacionamentos de situações complexas. Existe necessidade de desenvolver modelos mais flexíveis e abertos que incorporem as características subjectivas e inferências pessoais sobre o comportamento do sistema em estudo. Desta forma, a utilização de especialistas no processo de identificação e selecção de variáveis, criação de ideias para a definição de perspectivas e análise do problema pode oferecer credibilidade à validação deste procedimento (Avila; Santos, 1988; Faro, 1997)

A técnica Delphi é especialmente recomendada quando se pretende explorar ideias criativas e coerentes, através do levantamento das informações importantes ao processo de tomada de decisão, e possibilita desenvolver novos aprofundamentos, prever cenários futuros, avaliar e considerar a viabilidade de possíveis alternativas, contribuindo para a resolução de um problema ou para a construção de um processo de tomada de decisão. É uma ferramenta de construção de conhecimento que permite avaliar a aceitabilidade de todas as opções possíveis (Bodini, 2001).

A técnica Delphi será utilizada com a finalidade de procurar um consenso e sincronismo de convicções previamente à fase de composição do documento de acreditação. É uma mais-valia pois a apreciação colectiva organizada e estruturada, baseada na experiência, conhecimento e criatividade de um grupo é preferível à opinião de um só indivíduo (Willard, 1989).

Apesar das múltiplas aplicações do método Delphi existem algumas premissas básicas:

- Reúne-se um painel de especialistas da área para colher informações através de rondas de questionários, com o cuidado de manter o anonimato.
- Após a devolução dos questionários realiza-se a representação estatística dos resultados, em termos de grupo, de cada ronda de questionários.
- A representação estatística é enviada aos peritos para possibilitar a apreciação dos resultados pelos peritos, permitindo a reformulação das opiniões individuais dos peritos mediante a posição do grupo, procurando a obtenção de um consenso (Willard, 1989).

O número de rondas depende sempre do tempo disponível para a recolha de dados e desenho do estudo. Originalmente, a técnica Delphi possuía 4 rondas, no entanto, num levantamento realizado, a média das rondas nos estudos realizados é de três. Refere-se ainda, a dificuldade em obter uma elevada taxa de respostas com um Delphi que tenha muitas rondas (Keeney; Hasson; McKenna, 2001).

Como todos os métodos de investigação, a aplicação desta técnica apresenta algumas limitações, porém se o investigador se encontrar ciente das mesmas são facilmente ultrapassáveis. É necessário ponderar (Reis, 1986):

- Adequada programação do tempo pois é uma técnica lenta,
- Inexistência do estímulo propiciado pela discussão pessoal,
- Cuidado na constituição do painel porque se for demasiado homogênea pode enviesar resultados,
- Realização de um pré-teste do questionário, avaliando-o em toda a sua extensão.

Se estas limitações forem tomadas em conta, a técnica Delphi apresenta diversas vantagens, tais como (Reis, 1986):

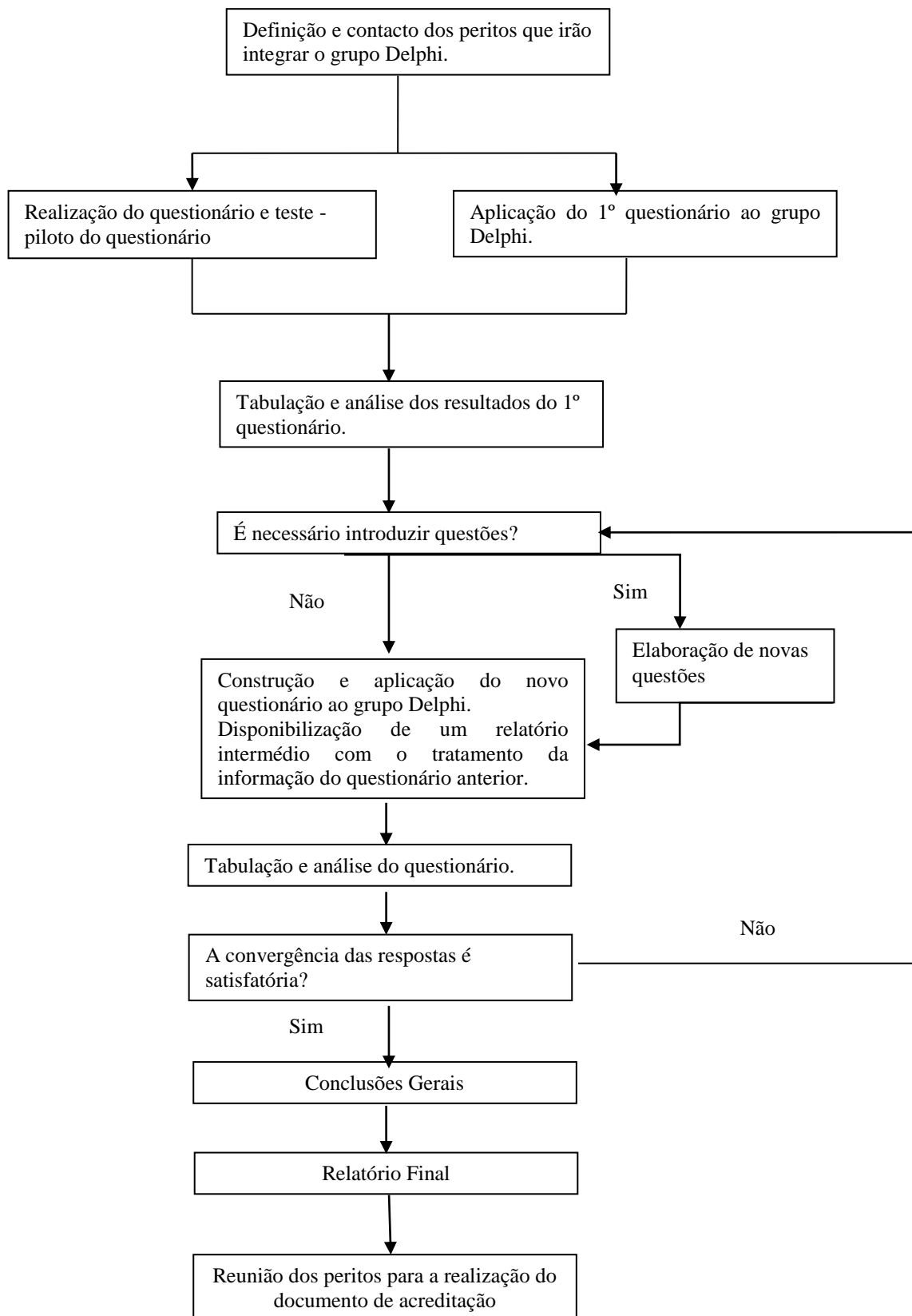
- Eliminação do efeito de personalidades dominantes através do anonimato dos intervenientes,
- Participação dos especialistas em igualdade;

- Possibilidade de participação de peritos, que por motivos de disponibilidade geográfica ou de tempo, não teriam disponibilidade de participar noutro tipo de técnicas de grupo;
- É uma técnica simples que não exige competências muito apuradas para a concepção, implementação e acção do projecto.

O facto de não utilizar uma amostra aleatória representativa da população mas um grupo de peritos, em determinada área, torna a constituição deste painel de peritos muito importante para a validade e confiança dos resultados obtidos (Santos; Amaral, 2004).

#### **4.3.2. Sequência da Realização do Processo de Investigação**

O seguinte esquema pretende ilustrar o fluxo de actividades durante da realização do processo de investigação.



**Figura 1: Sequência da Realização do Processo de Investigação**

## 5. População

---

Define-se perito como um especialista no seu campo ou alguém que tem um conhecimento sobre um tema particular. O painel é um grupo de especialistas qualificados com um profundo conhecimento das questões em análise, influenciando determinantemente a qualidade final da investigação (Green et al, 1999).

A natureza da investigação é que determina a constituição e dimensão do painel. Não existe uma dimensão ideal para o painel de peritos, existindo, na literatura várias dimensões apresentadas (10 a 50 elementos) (Santos; Amaral, 2004).

No presente projecto a abordagem para a constituição do painel de peritos tem como objectivo procurar integrar as organizações reguladoras; profissionais e académicas, de Portugal, que se encontrem directamente relacionadas com o tema da qualidade em imagiologia.

Na análise da realidade portuguesa verificou-se que os principais grupos profissionais que desenvolvem a sua actividade nos serviços de radiologia são os médicos especialistas em radiologia e neurorradiologia e os técnicos de radiologia. Existem outros grupos profissionais a integrarem o serviço de radiologia porém aqueles que têm um conhecimento específico da área da radiologia são as duas classes anteriormente mencionadas. Procurou-se então, identificar quais as principais estruturas profissionais e académicas representativas das classes profissionais anteriormente mencionadas.

As organizações profissionais seleccionadas são a Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear (representativa da classe profissional de médicos radiologistas e neurorradiologistas) e a Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear (representativa da classe profissional dos técnicos de radiologia).

Relativamente às organizações académicas, no âmbito da formação em medicina com especialização em radiodiagnóstico, considerou-se o Colégio de Radiodiagnóstico. Como não existe uma estrutura académica representativa dos



técnicos de radiologia seleccionaram-se as três escolas, do sector público e do sector privado, com mais tempo de actuação.

A nível de estruturas reguladoras, a Direcção Geral de Saúde, representando o Ministério da Saúde, recentemente criou o Departamento da Qualidade na Saúde que, devido à sua missão e funções, acredita-se ser a estrutura mais indicada para acompanhar o processo de elaboração de um documento de acreditação específico para serviços de imagiologia.

Em apêndice (Apêndice 3) encontra-se uma descrição sucinta das organizações seleccionadas.

## **5.1 Quadro Síntese do Painel de Peritos**

Cada organização deve ser representada pelo mesmo número de peritos de forma a preservar a igualdade de influência de todas as organizações, ou seja, a homogeneidade do grupo. Assumindo que cada organização nomeará um perito, o painel Delphi será constituído por 10 peritos. Delbecq, Van de Ven e Gustafson (1975) consideram que se o grupo for homogéneo são suficientes entre dez a quinze participantes.

Organizações	Nº de Peritos
Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear	1
Departamento da Qualidade na Saúde	1
Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa	1
Escola Superior de Saúde Egas Moniz	1
Escola Superior de Saúde Vale do Ave	1
Escola de Tecnologias de Saúde de Coimbra	1
Escola de Tecnologias de Saúde de Lisboa	1
Escola de Tecnologias de Saúde de Porto	1
Ordem dos Médicos – Colégio de Radiodiagnóstico	1
Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear	1
Total de Peritos	10

**Quadro 4: Quadro-resumo dos peritos por organização**

## 6. Instrumento de Recolha de Dados

---

A técnica Delphi consiste na recolha de dados através da aplicação de rondas de questionários, que são construídos a partir da análise das respostas dadas no questionário anterior.

O questionário é um instrumento de colheita de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que pretende pesquisar conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos. Devem ser respondidos por escrito e sem a presença do entrevistador (Vilelas, 2009).

Actualmente, existem ferramentas disponíveis na Internet que facilitam a gestão de questionários electrónicos, como por exemplo *SurvS*, que será utilizado nesta investigação. Esta ferramenta facilita a produção de questionários, a disseminação dos mesmos pelos respondentes e, finalmente, apresenta uma estatística geral das respostas.

A condução de questionários na internet diminui constrangimentos de tempo (maior rapidez de resposta que os meios tradicionais); constrangimentos orçamentais (questionários mais baratos pois não envolvem custos inerentes à impressão, papel, envelopes e envio) e finalmente, constrangimentos da qualidade de resposta (diversos estudos referem um aumento da qualidade da resposta de questionários baseados na internet) (Santos; Amaral, 2004).

Nesse sentido, os questionários estarão disponíveis num endereço de internet único que será facultado ao grupo de peritos. Naturalmente, cada perito apenas poderá responder uma única vez de forma a não enviesar o resultado.

### 6.1 Primeira Ronda

Comummente, o primeiro questionário é composto por um conjunto de questões abertas de modo a permitir que os respondentes identifiquem possíveis respostas. Porém, há autores que suprimem este passo e apresentam, na primeira volta do

exercício, um conjunto de questões adequadas ao objectivo do estudo, provindos da revisão da bibliografia, entre outros (Justo, 2005).

No presente trabalho, a primeira ronda será constituída por um questionário resultante da análise dos documentos de acreditação anteriormente mencionados. Procurará explorar a solução, os domínios, subdomínios e indicadores da qualidade em imagiologia que concentram maior consenso, permitindo também que possam ser sugeridos aspectos não contemplados. Este questionário será acompanhado por uma carta de explicitação (Apêndice 4).

Previamente à aplicação do questionário ao grupo de peritos pretende-se administrar um pré-teste. Este consta no preenchimento do questionário por uma pequena amostra para verificar as dificuldades sentidas ao responder às questões e assim, testar a perceptibilidade, compreensibilidade das questões (Almeida, 2005; Fortin, 1999). O pré-teste será administrado a um técnico de radiologia e um médico radiologista, assegurando que nenhum deles integrará o grupo de peritos, pois representa mais um factor importante de confiança, validade e fiabilidade.

Neste projecto de investigação o primeiro questionário (Apêndice 5) será constituído por (Roberts-Davis; Read, 2001):

- Questões ordinal em escala de *Likert* - Pretendem identificar o valor relativo e o nível de concordância dos peritos relativamente à integração de domínios, subdomínios e indicadores no documento de acreditação nacional. A escala de *Likert* foi utilizada por ser uma escala simples de medida de atitudes e é referenciada, na bibliografia, como o método mais comumente utilizado num estudo Delphi.
- Questões abertas - Permitem identificar outros universos de respostas possíveis relacionadas com o estudo.
- Questões fechadas múltiplas com lista de itens - Pretendem verificar qual a opinião dos peritos relativamente ao carácter regulador ou não de um documento de acreditação nacional.

No quadro seguinte estão representadas as perguntas que compõem o questionário, o seu objectivo e o seu tipo de questão.

Pergunta	Objectivo	Tipo de Questão
<p>1. Lista do levantamento dos domínios, subdomínios e os indicadores dos três critérios base (processo, estrutura e resultado) da qualidade baseado em programas de acreditação de imagiologia internacionais.</p>	<p>Apresenta-se uma lista de 188 itens subdivididos em domínios, subdomínios e indicadores para cada critério base da qualidade de Donabedian (estrutura, critério e resultado). Cada perito deve assinalar o seu <b>nível de concordância</b> relativamente à integração de cada domínio, subdomínio e indicador num documento de acreditação nacional (para cada critério base da qualidade) segundo a seguinte escala de <i>Likert</i>.</p> <p>1- Discordo 2- Discordo parcialmente 3- Indiferente 4- Concordo parcialmente 5- Concordo totalmente</p> <p>No final de cada lista possibilita-se a introdução de outros domínios, subdomínios ou indicadores que os peritos acreditam ser essenciais.</p>	<p>Questão ordinal em escala de <i>Likert</i>.</p>
<p>2. Em sua opinião, que aspectos levantariam maior discordância entre as organizações?</p>	<p>Fazer um levantamento dos pontos de conflito que poderão surgir entre os peritos no painel, de modo a procurar formas de os atenuar ou mesmo prevenir</p>	<p>Questão aberta.</p>
<p>3. A adesão dos serviços de imagiologia a um modelo de acreditação deve ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obrigatória</li> <li>• Facultativa</li> <li>• Sem opinião</li> <li>• Outro</li> </ul> <p>Se escolheu a opção “Outro” explicita.</p>	<p>Perceber se o modelo, na opinião dos peritos, deve ter um carácter regulador ou não. Se o perito responder a opção outro deverá explicitar.</p>	<p>Questão fechada múltipla com uma lista de itens.</p>

**Quadro 5: Quadro-resumo dos objectivos e tipo de questões que integram o primeiro questionário.**

## **6.2 Rondas Subsequentes**

Todos os questionários adicionais visam o aumento de consenso dos peritos, com base nas informações que lhes são apresentadas. Os questionários integram os resultados obtidos no primeiro momento.

## 7. Análise de Resultados

---

Este capítulo pretende explicar como se procederá o tratamento e análise dos dados recolhidos.

Após receber os questionários deve ser realizada uma primeira leitura de forma a verificar a fiabilidade das respostas. Seguidamente, exportam-se os dados para uma ferramenta de análise estatística de dados como o Excel ou o SPSS.

A análise realizada a cada questão depende também do tipo de questão (Wright; Gionvinazzo, 2000).

Como já foi mencionado no presente questionário existem:

- Questões de resposta ordinal em escala de *Likert* – O tratamento das respostas a estas questões deve ser realizado através de frequências relativas das opiniões favoráveis (scores 4 e 5 na escala de *Likert*), desfavoráveis (scores 1 e 2 na escala de *Likert*) e indiferentes (score 3), da mediana e amplitude inter-quartil. A mediana é o valor que se situa a meio da fila ordenada de valores desde o mais baixo até ao mais alto, isto é, 50 % da amostra encontra-se abaixo desse valor e os outros 50 % encontram-se acima desse valor. Portanto, no presente estudo, quando um item apresenta um valor de mediana superior a 3 significa que pelo menos, 50 % dos peritos concordam com a introdução desse item no documento de acreditação nacional.

A amplitude inter-quartil é simplesmente a diferença entre o 3º quartil (75% da amostra) e 1º quartil (25% da amostra), isto é, onde se situa os 50% valores centrais. Quanto menor o valor da amplitude inter-quartil, maior a concentração das opiniões.

- Questões abertas – Análise de conteúdo temática ou categorial, isto é, o tipo de análise de conteúdo mais utilizado e indicado para as questões abertas do questionário deste estudo. Consiste em processos de desmembramento de texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos.

- Questões fechadas múltiplas com lista de itens – Pretende verificar as frequências relativas relativamente ao carácter regulador ou não de um documento de acreditação nacional.

No quadro 6 apresenta-se o tratamento que deve ser realizado para cada pergunta mediante o tipo de questão.

Tipo de Questão	Nº de Pergunta	Variável	Tipo de Variável	Tratamento
<b>Questão fechada ordinal em escala de Likert.</b>	<b>Pergunta nº 1</b> Lista de domínios, subdomínios e indicadores para cada critério base da qualidade de Donabedian (estrutura, critério e resultado).	Nível de concordância através de uma escala de <i>Likert</i> : 1-Discordo totalmente 2- Discordo parcialmente 3-Indiferente 4-Concordo parcialmente 5-Concordo totalmente	Qualitativa ordinal	Mediana, variação inter-quartil e frequências relativas
<b>Questão aberta</b>	<b>Pergunta nº 2 e as justificações ou explicitações às Perguntas nº 1 e 3.</b>	–	–	Análise de conteúdo categorial
<b>Questão fechada múltipla com uma lista de itens.</b>	<b>Pergunta nº3</b>	Obrigatoriedade da adesão	Qualitativa nominal	Frequências relativas de cada item

**Quadro 6: Quadro-resumo das questões e seu tratamento**

Após o tratamento dos dados é necessário organizá-los de forma clara e racional para um melhor conhecimento do fenómeno que se pretende investigar.

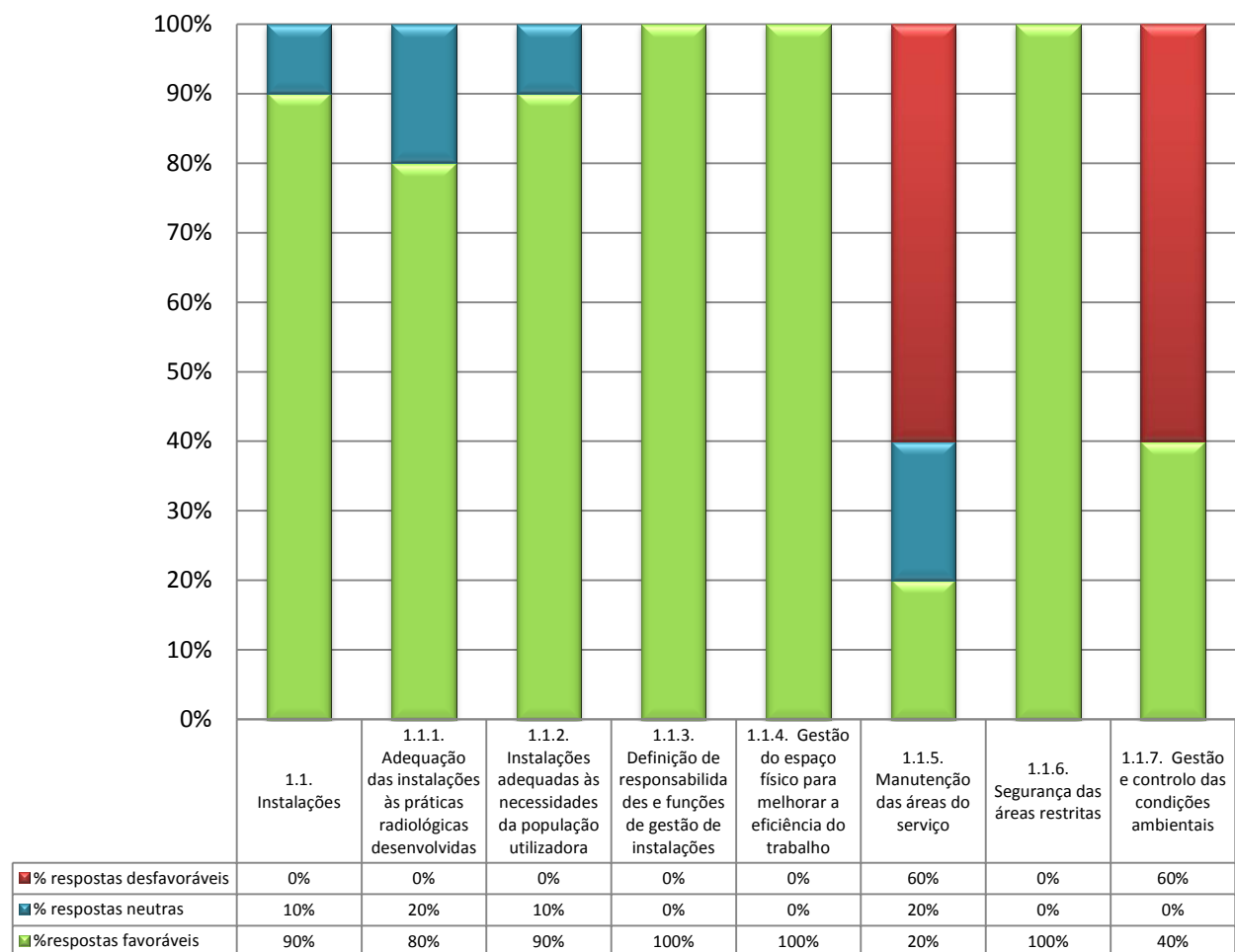
A apresentação pode ser realizada através de uma tabela com os valores relativos (%) das respostas favoráveis (*scores* 4 e 5, na escala de *Likert*), desfavoráveis (*scores* 1 e 2) e respostas indiferentes (*score* 3). Os valores da mediana e amplitude inter-quartil são dois indicadores que nos permitem ter uma ideia do “formato” da distribuição. Pode também apresentar-se a informação sob a forma de gráfico de



colunas ou barras como por exemplo a mediana de cada tópico ou as suas frequências favoráveis.

De forma a clarificar este tratamento de dados procedeu-se a uma análise fictícia das respostas a uma pergunta do questionário.

## Categorização das Respostas



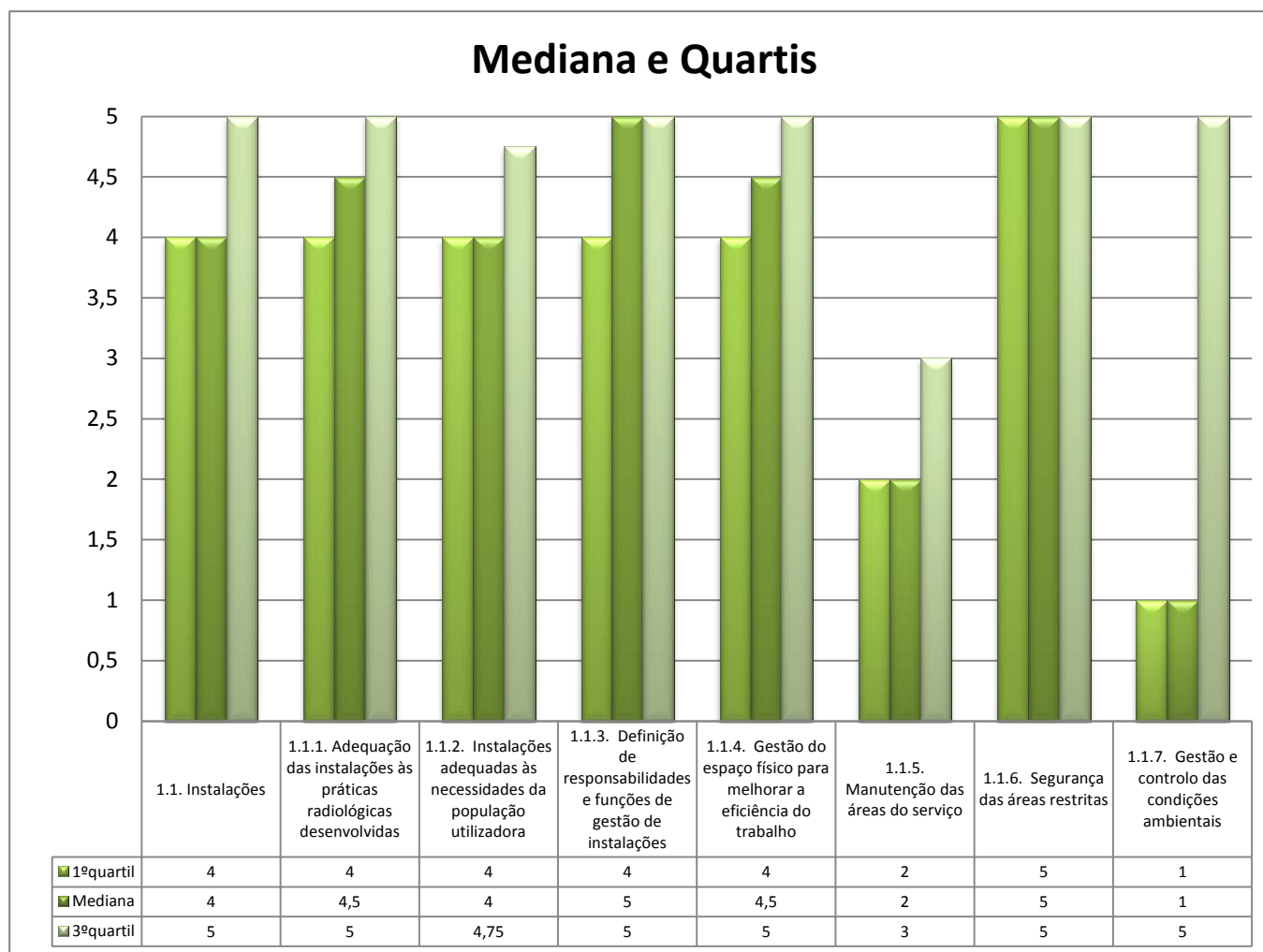
O seguinte gráfico permite rapidamente visualizar a distribuição relativa das respostas à pergunta 1.1 Instalações.

Verifica-se tanto através do gráfico como da tabela uma maioria de respostas favoráveis nos itens 1.1.; 1.1.1.; 1.1.2.; 1.1.3.; 1.1.4. e 1.1.6..

Permite também identificar que os itens 1.1.5 e 1.1.7. apresentam uma percentagem de resposta elevada de respostas desfavoráveis (60%).

Finalmente, verificamos que os itens 1.1.; 1.1.1.; 1.1.2. e 1.1.5.; apresentaram uma baixa percentagem de respostas neutras.

**Quadro 7: Exemplo de categorização das frequências relativas das respostas de um cenário fictício**



**Quadro 8: Exemplo de distribuição do nível de concordância de um cenário fictício**

A presente tabela permite verificar o nível de concordância para cada item.

Os itens 1.1.; 1.1.1.; 1.1.2; 1.1.3; 1.1.4. e 1.1.6. reuniram a concordância dos peritos uma vez que todos apresentam pelo menos 50 % de respostas com nível de concordância positivo, ou seja, apresentam a mediana superior a 3 (4 - concordo parcialmente e 5 – concordo totalmente).

Os itens 1.1.5 e 1.1.7 apresentam uma mediana inferior a 3, ou seja, não reúnem a concordância dos peritos para a sua integração num documento de acreditação.

A visualização do 1º quartil e 3º quartil permite verificar a concentração dos resultados. Ao analisar o valor do 1º quartil podemos verificar que 75% dos peritos responderam que concordam parcialmente ou concordam totalmente em todos os itens excepto no 1.1.5 e 1.1.7..

Note-se ainda, que apesar do item 1.1.7. apresentar um resultado negativo (Quadro 7), 25 % dos peritos apresentam um nível alto de concordância relativamente à sua integração num documento de acreditação.

Este tipo de tratamento será feito para todos os itens identificando o nível de concordância entre os peritos sobre a sua introdução no documento. Neste exemplo, todos os itens seriam introduzidos no documento mesmo tendo surgido algumas opiniões discordantes (Quadro 8: Exemplo de distribuição do nível de concordância de um cenário fictício).

Após cada ronda, a representação estatística e as conclusões da análise categorial serão enviadas aos peritos para possibilitar a apreciação dos resultados pelos peritos, permitindo a reformulação das opiniões individuais dos peritos mediante a posição do grupo, procurando a obtenção de um consenso (Willard, 1989).

## 8. Resultados Esperados/ Contributos do Estudo

---

O grau satisfatório de concordância ou consenso pode ser definido como uma condição de homogeneidade ou consistência de opiniões entre os constituintes do painel Delphi (Santos; Amaral, 2004). Espera-se que as divergências diminuam mediante concessões, e assim, que as opiniões se aproximem da média e se afastem dos extremos. Por norma, cada um sacrifica fracções das suas convicções com o objectivo de atingir um acordo e um ideal partilhado por todos (Faro, 1997).

Contudo, apesar do consenso representar um aspecto fundamental neste método de estudo é difícil encontrar na bibliografia uma definição clara, em termos estatísticos, sendo a sua definição quase sempre arbitrária. O conceito de consenso é normalmente proposto pelo investigador, apresentando grande flexibilidade (Williams; Webb, 1994).

Como a decisão de finalizar os estudos é, muitas vezes, determinada pela falta de tempo ou pela quebra acentuada na taxa de resposta torna-se então, imperativo garantir o uso de medidas estatísticas para calcular o consenso entre os membros do painel que permitam estabelecer com rigor a ronda em que o Delphi deve terminar (Santos; Amaral, 2004). De forma a minimizar a desistência dos participantes procurar-se-á manter contacto com cada participante, seja por telefone, mensagens personalizadas, agradecimentos, entre outros.

São vários os critérios apresentados na bibliografia para estabelecer o momento em que se alcança o consenso (Justo, 2005). Numa breve revisão de bibliografia, Faro (1997) menciona Kiss, que em 1982, aceitou que houve um consenso durante a aplicação da técnica Delphi quando duas categorias contíguas obtiveram mais do que dois terços das respostas afirmativas. Refere ainda Salmond (1994) que identificou a variedade nos níveis de consenso como em 50 % (Huckfeldt, 1975), 66% (Rizzolo, 1990) e 80% (Carty, 1993).

Ainda, num estudo realizado em Portugal, em 2009, pelo Centro de Estudos de Economia aplicada do Atlântico, sobre a aplicação do método Delphi às cotas

leiteiras, os autores consideraram o nível de consenso a concentração de 75% das respostas dos peritos nas questões principais (Oliveira; Mendes; Silva, 2009).

Relativamente ao consenso, neste estudo, seguir-se-á o seguinte critério:

- A última volta é aquela em que 75% dos itens (domínios, subdomínios e indicadores) possuam uma mediana superior a 3 na escala de *Likert*.

Escolheu-se este valor (75%) pois, para além de ser o valor utilizado pelo estudo nacional identificado como mais recente, apresenta ainda a vantagem de 75% dos 188 itens, apresentados aos peritos, ser um valor inteiro (141 itens), ou seja, também é possível dizer que o consenso será alcançado quando, pelo menos, 50% dos peritos concordarem que 141 itens, dos 188 itens da lista, devem ser integrados num documento de acreditação nacional.

Durante a realização deste trabalho de investigação espera-se que as organizações contactadas nomeiem os peritos e que estes participem, no painel Delphi, até à sua finalização.

Após a aplicação da técnica Delphi espera-se:

- Aprofundar o conhecimento dos peritos sobre a acreditação e qualidade em imagiologia.
- Potenciar o interesse dos decisores para promover mudanças estruturais na área de acreditação em imagiologia.
- Aumentar o conhecimento e motivação por um grupo de peritos, que representam instituições com influência na área imagiologia, para a acreditação e processos de melhoria da qualidade.
- Levantamento das informações úteis ao processo decisório.
- Um maior consenso dos pontos de vista e convicções sobre as características do documento de acreditação em imagiologia, nomeadamente ao nível da estrutura, processo e resultado dos serviços de imagiologia.
- Aceitabilidade da melhor estratégia para a criação de um documento de acreditação nacional.

Toda a organização do trabalho assumiu que o consenso se alcançará na segunda ronda. Após o alcance do consenso procurar-se-á construir um documento que

reúna uma análise dos resultados do tratamento de dados dos diversos questionários aplicados na técnica Delphi, para posteriormente ser utilizado pelos peritos na construção do documento de acreditação.

Considerou-se o instrumento de dados (questionário) demasiado técnico e elaborado para ser aplicado a organizações representantes dos utentes. Porém, recomenda-se a integração numa associação representativa dos utentes no processo de elaboração do documento de acreditação em serviços de imagiologia. Neste sentido, a nível nacional, a associação Movimento dos Utes de Serviços de Saúde parece ser a mais indicada para contribuir para um documento de acreditação, pois tem como missão a representação e defesa no plano social e individual dos interesses e dos direitos dos utentes, impedindo a sua degradação e promovendo a melhoria da qualidade das suas prestações.

Finalmente, espera-se que o mesmo grupo de peritos, representando as mesmas organizações, se reúna para a composição do documento de acreditação, em sessões presenciais. Estas sessões devem utilizar, como apoio orientador dos trabalhos, o documento com a análise da aplicação da técnica Delphi, ou seja, baseado nas opiniões e sensibilidade dos peritos, a avaliação dos diversos cenários possíveis e a viabilidade das possíveis alternativas.

Com a criação deste documento procurar-se-á colmatar as falhas dos anteriores modelos, tendo em conta todas as características e valências do serviço de imagiologia. Adicionalmente, a existência de um documento e modelo único de acreditação nacional, segundo os mesmos requisitos, permitirá fazer uma real comparação entre os diferentes serviços de imagiologia. No entanto, não se pode esquecer de ter em conta, no momento da comparação entre os serviços, as características intrínsecas do serviço de imagiologia (por exemplo, número de profissionais ou a capacidade dos equipamentos) e as suas características extrínsecas (por exemplo, particularidades da população utilizadora dos vários serviços).

A realização de exames que, em grande parte, implicam a utilização da radiação ionizante, com todos os seus comprometimentos, e são muitas vezes o principal

suporte das decisões terapêuticas, impõe um controlo rígido na qualidade da sua estrutura, dos seus procedimentos e dos seus resultados.



## 9. Cronograma

Fases	Meses									
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Contacto das organizações e identificação dos respectivos peritos que irão integrar o grupo Delphi.										
Contacto com os peritos definidos pelas organizações e instituições										
Aplicação do pré-teste do questionário										
Aplicação do 1º questionário ao grupo Delphi										
Tabulação e análise dos resultados do 1º questionário e redacção do relatório intermédio										
Construção e aplicação do novo questionário ao grupo Delphi										
Tabulação e análise do 2º questionário										
Redacção de documento com as conclusões da análise das sensibilidades dos peritos aos diferentes cenários										

Quadro 9: Cronograma

## 10. Bibliografia

---

ALMEIDA, C. – Avaliação de desempenho dos técnicos de radiologia em três hospitais portugueses. Lisboa : Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2005.

AMIS, E. - American College of Radiology standards, accreditation programs and appropriateness criteria. **American Journal of Roentgenology**. 174 (Julho 2000) 307 – 310.

ÁVILA, H. ; SANTOS, M. – A utilização de cenários na formulação e análise de políticas para o setor público. **Revista Administração Pública**. 22 : 4 (1988) 1733.

BARROS, P. – Custos e qualidade. In ENCONTRO “Qualidade em cuidados de saúde : avaliação e melhoria”, Lisboa, Auditório da FIL, 26 e 27 de Novembro de 1998 – Actas. Lisboa : Administração da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1998.

BISCAIA, J. – Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual. **Qualidade em Saúde**. 0 (2000) 6-11.

BODINI, V. – Uso da análise estrutural prospectiva para a identificação de fatores condicionantes da competitividade na agroindústria brasileira. Florianópolis : Universidade Federal Santa Catarina, 2001.

BOTO, P.; COSTA, C.; LOPES, S. – Acreditação, *benchmarking* e mortalidade: **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7 (2008) 103-116.

CHRISTO, A. – ISO 9000 para serviços de saúde : guia interpretativo. 1ª Edição. Caparica : Instituto Português da Qualidade, 2000.

Decreto-Lei n.º 142/2007. D.R. Iª Série. 82 (27/04/2007) 2698-2701– Estabelece Funções e Responsabilidades do Instituto Português de Qualidade.

Decreto-Lei n.º 234/2008. D.R. Iª Série 233 (2/12/2008) – Lei Orgânica do Ministério de Saúde aprovada pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27/10, e alterada pelo Decreto-Lei n.º 234/2008, de 02/12.

Decreto-Lei nº 125/2004. D.R. Iª Série. 127 (31/05/2004) 3408-3411 – Cria o Instituto Português da Acreditação.

DELBECQ, A. ; VEN, A. ; GUSTAFSON, D. – Group techniques for program planning : a guide to nominal group and Delphi processes. Glenview : Scott, Foresman and Company, 1975.

Despacho n.º 13793/ 2009. D.R. IIª Série 114 (16/06/2009) 23660 – Determina a criação do Conselho para a Qualidade na Saúde.

Despacho n.º 14223/2009. DR IIª Série 120 (24/06/2009) 24667-24669 – Procede à aprovação da estratégia nacional da qualidade em saúde.

Despacho n.º 14223/2009. D.R. IIª Série 120 (24/06/2009) 24667-24669 – Estabelece a estratégia nacional para a qualidade em saúde.

DONABEDIAN, A – The quality of medical care. **Science**. 200 : 4344 (May 1978) 856-864.

DONABEDIAN, A. – The criteria and standards of quality. In DONABEDIAN, A – Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. II. Cap.2. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press, 1980.

EUROPEAN ORGANIZATION FOR QUALITY – About EOQ. [Em linha]. Brussels : EOQ, 2010. [Consult. 1 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.eoq.org/index.php?id=427>.

FARO, A. – Técnica Delphi na validação das intervenções em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. 31 : 1 (Agosto1997) 259-273.

FEIGENBAUM, A. – Total quality control. 3rd ed. Singapore : McGraw-Hill Book, 1991.

FILIPPE, N. – Comunicação interna : vector estratégico para a qualidade : um ensaio sobre uma empresa do sector do retalho. Lisboa : Universidade Aberta, 2007. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão da Qualidade 2005/2007 ministrado pela UA.

FORTIN, M. – O processo de investigação : da concepção à realização. Loures : Lusociência, 1999.

GAMA, C. et al. – A imagiologia na era digital : a propósito dos avanços e perspectivas em foco no Congresso Europeu de Radiologia. **Barlavento Médico**. 1 (2008) 42-43.

GANHÃO, F. – A qualidade total. Lisboa : CEDINTEC, 1991.

GARVIN, D. – Gerenciando a qualidade : a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro : Qualitymark, 2002.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. Documento facultado no âmbito da disciplina Projecto de investigação do Mestrado de Gestão da Saúde.

GREEN, B. et al. – Applying the Delphi technique in a study of GPs information requirement. **Health and Social Care in the Community**. 7 : 3 (1999) 198-205.

HILLMAN, B.; AMIS, E.; NEIMAN, H. – The future quality and safety of medical imaging: proceedings of the third annual ACR Forum. **Journal of the American College of Radiology**. 1 (2004) 33-39.

IMPERATONI, E.; GIRALDES, M. – Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso dos serviços centrais, regionais e locais. Lisboa : ENSP, 1993.

JIMÉNES,P.; BORRÁS, C.; FLEITAS, I. – Accreditation of diagnostic imaging services in developing countries. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 20 : 2/3 (2006) 104-12.

JURAN, J. – Juran on leadership for quality : an executive handbook. New York : The Free Press, 1989.

JUSTO, C. – A técnica Delphi de formação de consensos. [Em linha]. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível em <http://www.observaport.org/node/162> .

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H – A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. **International Journal of Nursing Studies**. 38 (2001) 195-200.

MALIK, A.; SCHIESARI, L. – Qualidade na gestão local de serviços e acções de saúde. São Paulo : Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Banco ITAÚ, 1998.

MEZOMO, J. – Gestão da qualidade na saúde : princípios básicos. 1ª edição. São Paulo : Manole, 2001

OLIVEIRA, A. – Desenvolvimento da qualidade requer definição política. **Jornal Médico de Família**. 1: 55 (2008) 2-4.

OLIVEIRA, A. – Programa nacional de acreditação de unidades de saúde : quatro USF integram grupo pioneiro. **Jornal Médico de Família**. 1 : 75 (2009) 18.

OLIVEIRA, C.; MENDES, A.; SILVA, E. – Quotas leiteiras : aplicação do método Delphi. Angra do Heroísmo : Centro de Estudos de Economia Aplicada do Atlântico, 2009 (Working Paper; 11).

PIRES, A. – Qualidade: sistemas de gestão da qualidade. Lisboa : Edições Sílabo, 2004.

PISCO, L – MoniQuOr : avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde: gestão da doença e qualidade em saúde. Caparica : Comissão Sectorial da Saúde do IPQ, 2000.

PORTUGAL. APCER – Certificações de sistemas de gestão : qualidade. [Em linha]. Lisboa : Associação Portuguesa de Certificação, 2009. [Consult. 3 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.apcer.pt/index.php?cat=17>.

PORTUGAL. ATARP – Regulamento. [Em linha]. Lisboa : Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear, 2010. [Consult. 16 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.atarp.pt/pdf/regulamento.pdf>.

PORTUGAL. IPAC – Apresentação do IPAC. [Em linha]. Caparica : Instituto Português de Acreditação, 2010. [Consult. 3 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ipac.pt/ipac/contactos.asp>.

PORTUGAL. IPQ – Norma NP EN ISO 9001:2008 : Sistemas de gestão da qualidade : fundamentos e vocabulário. Lisboa : Instituto Português de Qualidade, 2008.

PORTUGAL. IPQ – Norma NP EN ISO 9001:2008 : Sistemas de gestão da qualidade: requisitos. Lisboa : IPQ, 2008.

PORTUGAL. IPQ – Serviços. [Em linha]. Caparica : Instituto Português de Qualidade, 2009. [Consult. 10 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.ipq.pt/custompage.aspx?modid=3>.

PORTUGAL. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde : orientações estratégicas para 2004-2010. Lisboa : Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2004.

PORTUGAL. ORDEM DOS MEDICOS – História da Ordem. [Em linha]. Lisboa : Ordem dos Médicos, 2009. [Consult. 16 Fev. 2010]. Disponível em <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=6974ce5ac660610b44d9b9fed0ff9548&id=6c8349cc7260ae62e3b1396831a8398f>.

PROENÇA, J. – A contribuição da implementação do controlo da qualidade da imagem radiológica digital para a melhoria contínua da qualidade num serviço de imagiologia : o estudo de caso no serviço de imagiologia do HFF. Porto : Faculdade de Ciência e Tecnologia, 2008. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Qualidade 2006/2008 ministrado por Universidade Fernando Pessoa.

REIS, V. – O papel do administrador principal do hospital português. Lisboa : ENSP. 1986.

ROBERTS-DAVIS, M.; READ, S. – Clinical role clarification : using the Delphi method to establish similarities and differences between nurse practioners and clinical nurse specialists. **Journal of Clinical Nursing**. 10 : 1 (2001) 33-43.

SANTOS, C., REBELO, F. – A qualidade: técnicas e ferramentas. Porto : Porto Editora, 1990.

SANTOS, L.; AMARAL, L. – Estudos Delphi com q-sort sobre a Web : a sua utilização em sistemas de informação. In CAPSI 2004, 4, Lisboa, 3 a 5 de Novembro – Actas. Lisboa : Associação Portuguesa de Informação, 2004.

SARAIVA, P. et al – Testemunhos da qualidade em Portugal. Caparica : Instituto Português da Qualidade, 1999.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. – Administração da produção. São Paulo : Atlas, 2002.

PORTUGAL. SPRMN – Estatutos da Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear. [Em linha]. Lisboa : Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear, 2010 [Consult. 16 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.sprmn.pt/orgaos/direccao/index.htm>.

UK. CHKS – Accreditation online. [Em linha]. London : Caspe Healthcare Knowledge Systems, 2010 [Consult. 20 Dez. 2009]. Disponível em <http://www.chks.co.uk/index.php?id=34>.

UK. CHKS – Accredited facilities. [Em linha]. London : Caspe Healthcare Knowledge Systems, 2009. [Consult. 20 Dez. 2009]. Disponível em <http://www.chks.co.uk/index.php?id=532>.

UK. LRQA – Sobre o LRQA. [Em linha]. London : Loyd's Register Quality Assurance, 2008. [Consult. 3 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.lrqa.pt/ptsite/template.asp?name=ptaboutlrqa>.

UK. THE COLLEGE OF RADIOGRAPHERS. THE ROYAL COLLEGE OF RADIOLOGISTS. – Imaging service standards for accreditation. London : The College of Radiographers. The Royal College of Radiologists, 2009.

UK. THE ROYAL COLLEGE OF RADIOLOGISTS – Imaging services accreditations scheme. [Em linha]. London : The Royal College of Radiologists, 2009. [Consult. 3 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.rcr.ac.uk/content.aspx?PageID=1519>.

UK. THE ROYAL COLLEGE OF RADIOLOGISTS – The college. [Em linha]. London : The Royal College of Radiologists, 2009. [Consult. 3 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.rcr.ac.uk/section.aspx?pageID=9>.

UK. THE SOCIETY OF RADIOGRAPHERS – About us. [Em linha] London : The Society of Radiographers, 2009. [Consult. 3 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.sor.org/public/aboutus.htm>.

USA. ACR – Accreditation. [Em linha]. Reston : American College of Radiology, 2009. [Consult. 3 Nov. 2009]. Disponível em <http://acr.org/accreditation.aspx>.

USA. JCHO – Accreditation programs. [Em linha]. Oakbrook Terrace : Joint Commission Healthcare Organization, 2009. [Consult. 3 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/>.

VILELAS, J. – Investigação : o processo de construção do conhecimento. Lisboa : Edições Sílabo, 2009.

WILLARD, P. – The personal computer and the public library : a study of the absorption of new technology and an analysis of librarian's opinions about the present and future impact on Australian public libraries. Sidney : University of New South Wales, 1989.

WILLIAMS, P; WEBB, C. – The Delphi technique : a methodological discussion. **Journal of Advanced Nursing**. 19 : 1 (1994) 180-186.

WRIGHT, J.; GIOVINAZZO, R. – Delphi : uma ferramenta de apoio ao planeamento prospetivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**. 1 : 12 (2000) 54-65.

# 11. Apêndices

## Apêndice 1: Esquematização das Fases do Projecto de Investigação

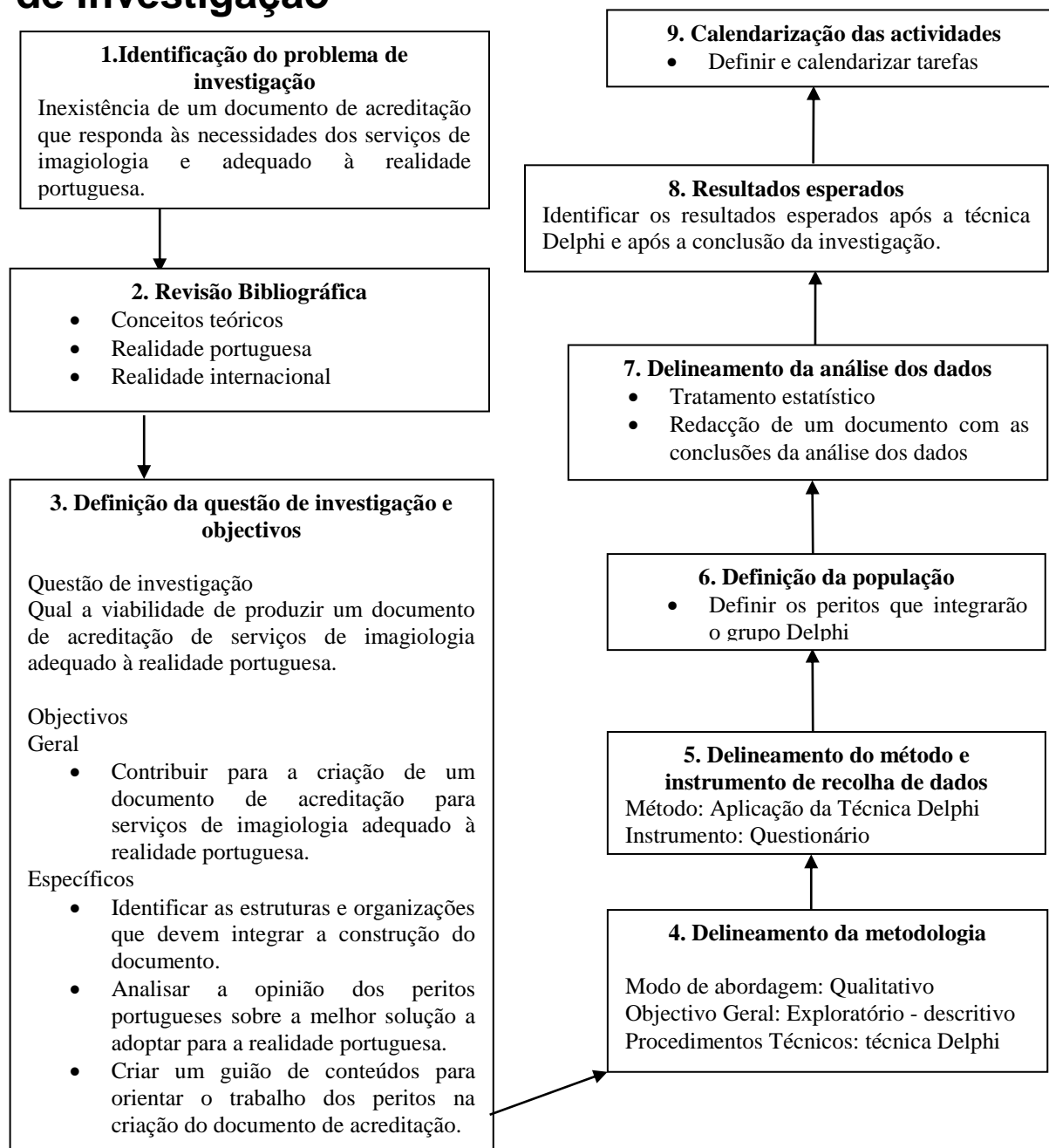


Figura 2: Esquematização das Fases do Projecto de Investigação

## Apêndice 2 – Carta (Tipo) de Proposta de Colaboração no Estudo

(Nome do responsável da instituição X/ Nome da instituição X)  
(Morada da instituição X)

**Assunto:** Proposta de participação na realização de estudo investigação.

Exmos. Srs. da Instituição X

Na qualidade de investigadora do Curso de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, venho por este meio solicitar a colaboração de Vossas Excelências na realização de um estudo de investigação.

O estudo em causa surgiu no âmbito da unidade curricular de Projecto de Investigação do Curso de Mestrado de Gestão em Saúde, subordinado ao tema “Qual a viabilidade de criar um documento de acreditação de serviços de imagiologia adaptado à realidade portuguesa?”

O objectivo geral da investigação é definir as bases da criação de um documento de acreditação de serviços de imagiologia adequados à realidade portuguesa.

Os objectivos específicos são os seguintes:

- Motivar as organizações relacionadas com as áreas de qualidade e imagiologia para a participação na criação de um documento de acreditação para serviços de imagiologia.
- Determinar o consenso de um grupo de peritos, representativos das anteriores organizações, relativamente à criação de um documento de acreditação de serviços de imagiologia adequado à realidade portuguesa, através da aplicação da técnica Delphi.
- Criação de um documento, após a aplicação da técnica Delphi, que sirva como base de trabalho para o grupo de peritos na fase de construção do documento de acreditação.

De modo a atingir os anteriores objectivos necessita-se da colaboração de um perito que represente a organização X na realização de várias actividades, nomeadamente a resposta aos questionários integrantes da técnica Delphi e, eventualmente, participação na criação de um documento de acreditação de serviços de imagiologia.

Agradecendo a atenção dispensada, aguardamos a informação da nomeação do perito com a maior brevidade possível.

Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos,

Romana Gomes



## **Apêndice 3 – Descrição das Organizações**

### **1. Identificação de estruturas profissionais representativas dos grupos profissionais**

A classe profissional dos médicos radiologistas e neurorradiologistas é representada pela Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear.

A classe profissional dos técnicos de radiologia é representada pela Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear.

#### **1.1 Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear**

A Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear foi criada em 6 de Junho de 1931, com a designação de Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica (SPRM) (SPRM, 2010).

#### **1.2 Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear**

A Associação tem por finalidade agregar os Técnicos de Radiologia Radioterapia e Medicina Nuclear e também, promover a elevação do nível cultural e profissional dos associados e aumentar e actualizar os seus conhecimentos técnicos (ATARP, 2010).

### **2. Identificação de estruturas académicas representativas dos grupos profissionais**

No âmbito académico, em Portugal, a classe profissional dos médicos radiologistas e neurorradiologistas é representada pela Ordem dos Médicos e mais especificamente pelo Colégio de Radiodiagnóstico.

A classe profissional dos técnicos de radiologia não possui uma estrutura geral de regulação do exercício da profissão. Mediante esta realidade optou-se por integrar as duas escolas, uma representativa do sector público e outra do sector privado, com mais tempo de desenvolvimento da sua actividade.

#### **2.1 Ordem dos Médicos – Colégio de Radiodiagnóstico**

Pelo Decreto-Lei nº 282/77 de 5 de Julho, o Governo reconhece à Ordem dos Médicos a competência para actuar como entidade disciplinadora do exercício da

profissão médica, ou seja, é a estrutura que valida e garante a certificação dos médicos, a qualidade da sua prática clínica, bem como a sua formação e avaliação contínua (Ordem dos Médicos, 2010).

As diferentes especialidades médicas são representadas na Ordem dos Médicos por Colégios. O Colégio da Especialidade de Radiodiagnóstico é a estrutura que regula a certificação e exercício profissional dos médicos radiologistas e neurorradiologistas, que para poder exercer necessitam de estar inscritos no Colégio (Ordem dos Médicos, 2010).

Desta forma, considera-se que o Colégio da Especialidade de Radiodiagnóstico é a estrutura máxima académica especificamente relacionada com a imagiologia e consequentemente, deve estar presente no processo de construção de um documento de acreditação de serviços de imagiologia.

## **2.2 Escolas Superiores de Técnicos de Radiologia**

As escolas públicas com mais tempo de actividade são a Escola de Tecnologias de Saúde de Lisboa, a Escola de Tecnologias de Saúde de Coimbra e a Escola de Tecnologias de Saúde do Porto, tendo origem em publicação do Diário da República, na Portaria n.º 709/80 de 23 de Setembro.

Relativamente às escolas do sector privado verificou-se que apresentam mais tempo de actuação são a Escola Superior de Saúde Egas Moniz, a Escola Superior de Saúde Vale do Ave (Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário) e finalmente, a Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa.

## **3 Ministério da Saúde – Departamento da Qualidade**

Após a análise da estrutura orgânica do Ministério da Saúde, o Departamento da Qualidade em Saúde, criado no âmbito da Direcção Geral de Saúde, é instituição mais adequada para representar a estrutura reguladora na construção do documento de acreditação para serviços de imagiologia. Como já foi anteriormente mencionado, o Departamento da Qualidade na Saúde tem a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Assume o papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, partilhando a sua missão, as suas prioridades, os seus valores e princípios e promovendo as relações com os

destinatários e a realização das acções que a concretizam (Despacho n.º 14223/2009).

## Apêndice 4 - Carta (Tipo) de Pedido de Colaboração

(Exmo.(a) Sr.(a) Nome do perito da instituição X)  
(Morada da instituição X)

### **Assunto: Apresentação do estudo investigação ao perito da organização X**

Exmo.(a) Sr.(a) nome do perito da Instituição X

Na qualidade de investigadora do Curso de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, venho por este meio solicitar a colaboração de Vossa Excelência na realização de um estudo de investigação, subordinado ao tema “Qual a viabilidade de criar um documento de acreditação de serviços de imagiologia adaptado à realidade portuguesa?”

O objectivo geral da investigação é definir as bases da criação de um documento de acreditação de serviços de imagiologia adequados à realidade portuguesa.

Os objectivos específicos são os seguintes:

- Motivar as organizações relacionadas com as áreas de qualidade e imagiologia para a participação na criação de um documento de acreditação para serviços de imagiologia.
- Determinar o consenso de um grupo de peritos, representativos das anteriores organizações, relativamente à criação de um documento de acreditação de serviços de imagiologia adequado à realidade portuguesa, através da aplicação da técnica Delphi.
- Criação de um documento, após a aplicação da técnica Delphi, que sirva como base de trabalho para o grupo de peritos na fase de construção do documento de acreditação.

De modo a atingir os anteriores objectivos necessita-se da colaboração de Vossa Excelência na aplicação da técnica Delphi.

A técnica Delphi proceder-se-á da seguinte forma:

- O painel de especialistas recebe diversas rondas de questionários.
- Após a devolução dos questionários de cada ronda realiza-se a representação estatística dos resultados, em termos de grupo.
- A representação estatística é enviada aos peritos para possibilitar a apreciação dos resultados pelos peritos, permitindo a reformulação das opiniões individuais dos peritos mediante a posição do grupo.
- Os questionários subsequentes serão desenhados mediante as respostas obtidas.
- As rondas terminam quando se encontrar a obtenção de um consenso.

Dada a dimensão e complexidade inerentes a uma investigação desta natureza, encontramos-nos disponíveis para uma reunião, a agendar em dia oportuno, com o intuito de fornecer explicações mais detalhadas e pormenorizadas.

Agradecendo a atenção dispensada, aguardamos a resposta com a maior brevidade possível.

Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos,

Romana Gomes

---

## Apêndice 5 - Questionário

### Questionário

Este Questionário pretende avaliar a concordância entre peritos relativamente à construção de um documento de acreditação de serviços de imagiologia adaptado à realidade portuguesa.

Ao responder a este questionário está a contribuir para a procura contínua da qualidade nos Serviços de Imagiologia.

Este questionário é confidencial e anónimo.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade para colaborar nesta pesquisa.

**Muito Obrigado.**

**Segundo Avedis Donabedian a qualidade em saúde apresenta três critérios base: estrutura, critério e resultado.**

**Estrutura** – Recursos físicos, humanos, matérias e financeiros necessários para a actividade na área da saúde.

**Processo** – Actividades que envolvem os profissionais de saúde e doentes.

**Resultado** – Produto final da assistência prestada, considerando saúde e satisfação de padrões de expectativas.

**1.Seguidamente, é apresentado um levantamento dos domínios, subdomínios e os indicadores dos três critérios (processo, estrutura e resultado) da qualidade baseado em programas de acreditação de imagiologia internacionais.**

**Indique, com uma cruz, o seu nível de concordância relativamente à integração de cada domínio, subdomínio e indicador para cada critério base da qualidade, segundo a seguinte escala de *Likert*:**

1-Discordo

2-Discordo parcialmente

3-Indiferente

4- Concordo parcialmente

5-Concordo totalmente

## 1.1 Lista do critério “Estrutura”

1. Estrutura	1	2	3	4	5
<b>1.1. Instalações</b>					
1.1.1. Adequação das instalações às práticas radiológicas desenvolvidas					
1.1.2. Instalações adequadas às necessidades da população utilizadora					
1.1.3. Definição de responsabilidades e funções de gestão de instalações					
1.1.4. Gestão do espaço físico para melhorar a eficiência do trabalho					
1.1.5. Manutenção das áreas do serviço					
1.1.6. Segurança das áreas restritas					
1.1.7. Gestão e controlo das condições ambientais					
<b>1.2. Equipamentos</b>					
1.2.1. Definição de responsabilidades e funções de gestão do equipamento e consumíveis					
1.2.2. Sistemas de obtenção e gestão de equipamentos e consumíveis					
1.2.3. Processos de instalação, calibração, operacionalidade, performance e controlo de qualidade do equipamento					
1.2.4. Sistemas de manutenção do equipamento e informação correspondente					
1.2.5. Gestão e monitorização de falhas de equipamento, alertas de segurança ou avisos					
1.2.6. Sistemas de substituição planeada do equipamento					
<b>1.3. Recursos Humanos</b>					
<b>1.3.1. Gestão dos profissionais</b>					
1.3.1.1. Definição de responsabilidades e funções de gestão e liderança dos profissionais					
1.3.1.2. Sistemas de gestão das tarefas dos profissionais para a prestação do serviço					
1.3.1.3. Sistemas que asseguram a adequação das competências às tarefas realizadas e a sua complementaridade no serviço					
1.3.1.4. Sistemas que atestam a adequação dos contratos de trabalho e que as avaliações, formação e desenvolvimento profissional são conduzidas por todos os profissionais					
1.3.1.5. Sistemas que asseguram a aplicação de políticas de trabalho e que as alterações sejam comunicadas e consistentemente aplicadas					
1.3.1.6. Sistemas de gestão do trabalho realizado fora do horário de trabalho					
1.3.1.7. Apoio aos profissionais na gestão do stress e na qualidade de vida					
1.3.1.8. Sistemas de gestão de conflitos					
1.3.1.9. Sistemas que asseguram a confidencialidade no direito de feedback dos profissionais, sobre os seus problemas no local de trabalho					

	1	2	3	4	5
<b>1.3.2. Competências profissionais</b>					
1.3.2.1. Sistemas de apoio ao recrutamento de profissionais.					
1.3.2.2. Sistemas que verifiquem a qualificação e registo dos profissionais					
1.3.2.3. Acompanhamento de profissionais quando aumentam ou alteram as suas funções, incluindo a realização de formação se necessário					
1.3.2.4. Sistemas que assegurem que qualquer profissional em aprendizagem é supervisionado					
1.3.2.5. Sistemas que assegurem que toda a equipa é apoiada na manutenção e aprendizagem/formação de novas competências e conhecimento					
<b>1.3.3. Planeamento e desenvolvimento</b>					
1.3.3.1. Sistemas de apoio à revisão, melhoria e desenvolvimento planeado da actividade					
1.3.3.2. Sistemas que investiguem, aprovem e implementem iniciativas de desenvolvimento profissional					
1.3.3.3. Apoio na pesquisa e participação de acções de formação					
1.3.3.4. Sistemas que apoiem e monitorizem a permanência dos profissionais e os planos de sucessão					
<b>1.4. Outros</b>					

Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1.2 Lista do critério “Processo”

2. Processo	1	2	3	4	5
<b>2.1. Acessibilidade</b>					
2.1.1. Sistemas que assegurem a acessibilidade a todos os utentes e acompanhantes					
2.1.2. Sistemas que assegurem que as marcações procuram ir de encontro com as necessidades dos utentes e acompanhantes e que, se necessário, quando possível, sejam co-ordenadas com outras marcações					
2.1.3. Sistemas que assegurem a correcta identificação dos utentes					
2.1.4. Identificação e resposta a necessidades específicas dos utentes e acompanhantes					
2.1.5. Sistemas de comunicação de informação relevante aos utentes, inclusive sobre a sua transferência e continuidade de cuidados					
2.1.6. Sistemas de apoio aos utentes que apresentem grande ansiedade no contacto com o serviço					
<b>2.2. Procedimentos de radiologia diagnóstica</b>					
2.2.1. Definição de responsabilidades e funções dos profissionais que realizam procedimentos radiológicos de diagnósticos					
2.2.2. Desenvolvimento, aprovação e aplicação dos protocolos para todos os procedimentos					
2.2.3. Acessibilidade e comunicação dos protocolos a todos os profissionais interessados					
2.2.4. Disponibilidade de suporte clínico e de emergência adequados.					
2.2.5. Sistema que assegurem que os profissionais podem aceder a uma segunda opinião em procedimentos complexos					
<b>2.3. Procedimentos de radiologia de intervenção</b>					
2.3.1. Definição de responsabilidades e funções dos profissionais que realizam procedimentos radiológicos de intervenção					
2.3.2. Desenvolvimento, aprovação e aplicação dos protocolos para todos os procedimentos					
2.3.3. Acessibilidade e comunicação dos protocolos a todos os profissionais interessados					
2.3.4. Disponibilidade de suporte clínico e de emergência adequados					
2.3.5. Sistema que assegurem que os profissionais podem aceder a uma segunda opinião em procedimentos complexos					
<b>2.4. Revisão da prática técnica e clínica da radiologia de diagnóstico e de intervenção</b>					
2.4.1. Análise e feedback da prática de radiologia de diagnóstico e de intervenção de forma a difundir a evolução da prática					



	1	2	3	4	5
2.4.2. Realização de reuniões que permitam a divulgação e introdução de novas práticas técnicas e clínicas					
2.4.3. Realização de auditorias regulares das práticas técnicas e clínicas, disseminação dos resultados/conclusões e tomada de acções apropriadas					
2.4.4. Sistemas que permitam a dedicação à investigação e actividades de desenvolvimento					
<b>2.5. Gestão dos riscos</b>					
<b>2.5.1. Radiação ionizante</b>					
2.5.1.1. Definição de responsabilidades e funções de gestão dos riscos associados à exposição médica à radiação ionizante					
2.5.1.2. Sistemas que assegurem que a radiação é a mínima necessária, mantendo a qualidade de exame e diagnóstico, para crianças e adultos (níveis de referência de diagnóstico)					
2.5.1.3. Sistemas de definição, acesso e gestão de risco de exposição ocupacional a radiação ionizante dos profissionais de saúde					
2.5.1.4. Sistemas de identificação e monitorização da exposição à radiação ionizante dos restantes indivíduos presentes serviço					
2.5.1.5. Sistemas de classificação e monitorização dos ambientes onde é produzida a radiação ionizante					
2.5.1.6. Sistemas que assegurem a recepção de avisos de perigo					
2.5.1.7. Comunicação, investigação, arquivo e análise de incidentes, erros e falhas, das suas conclusões e acções correctivas					
<b>2.5.2. Ultrasonografia</b>					
2.5.2.1. Definição de responsabilidades e funções de gestão dos riscos relacionados com a utilização de ultrassons					
2.5.2.2. Sistemas que assegurem a minimização do output acústico e tempos de exposição					
2.5.2.3. Comunicação, investigação, arquivo e análise de incidentes, erros e falhas, das suas conclusões e acções correctivas					
<b>2.5.3. Ressonância magnética</b>					
2.5.3.1. Definição de responsabilidades e funções de gestão dos riscos associados à utilização da ressonância magnética					
2.5.3.2. Sistemas que assegurem que a exposição a diferentes tipos de campos magnéticos, radiofrequências e ruídos são os mínimos					
2.5.3.3. Verificação de todos os itens de segurança antes da entrada na sala de exame, na antecâmara expressamente existente para o efeito					
2.5.3.4. Formação em segurança na ressonância magnética de todos os profissionais					
2.5.3.5. Avaliação e aprovação do equipamento auxiliar para utilização em ambientes com campos magnéticos					

	1	2	3	4	5
2.5.3.6. Comunicação, investigação, arquivo e análise de incidentes, erros e falhas, das suas conclusões e acções correctivas					
<b>2.5.4. Infecções</b>					
2.5.4.1. Definição de responsabilidades e funções de gestão dos riscos de infecção					
2.5.4.2. Gestão dos utentes com doenças transmissíveis e contagiosas, e/ou com o sistema imunitário suprimido					
2.5.4.3. Cuidados de saúde a todos os indivíduos expostos a doenças transmissíveis e contagiosas					
2.5.4.4. Desinfecção dos equipamentos e ambiente, por rotina e após um incidente					
2.5.4.5. Comunicação, investigação, arquivo e análise de incidentes, erros e falhas, das suas conclusões e acções correctivas					
<b>2.5.5. Substâncias e materiais perigosos</b>					
2.5.5.1. Definição de responsabilidades e funções de gestão dos riscos associados a substâncias e materiais perigosos					
2.5.5.2. Processo de gestão e distribuição de resíduos					
2.5.5.3. Existência de equipamento de protecção adequado					
2.5.5.4. Desinfecção e cuidados de saúde dos indivíduos após um incidente					
2.5.5.5. Desinfecção dos equipamentos e ambiente após um incidente					
2.5.5.6. Comunicação, investigação, arquivo e análise de incidentes, erros e falhas, das suas conclusões e acções correctivas					
<b>2.6. Segurança</b>					
<b>2.6.1. Segurança dos utentes, profissionais e outros que contactem com o serviço</b>					
2.6.1.1. Definição de responsabilidades e funções da gestão dos riscos associados à saúde e segurança					
2.6.1.2. Gestão e prevenção da ocorrência de efeitos adversos					
2.6.1.3. Formação e sensibilização dos profissionais para a saúde e segurança					
2.6.1.4. Existência a manutenção de equipamentos de segurança					
2.6.1.5. Sinalização e avisos de perigo					
2.6.1.6. Sistemas de comunicação, investigação, arquivo e análise de incidentes, erros e falhas, das suas conclusões e acções correctivas.					
<b>2.6.2. Gestão do manuseamento seguro</b>					
2.6.2.1. Definição de responsabilidades e funções de transporte e transferência					
2.6.2.2. Existência e manutenção de equipamento de transporte e transferência					
2.6.2.3. Assegurar o processo de transporte e transferência de utentes seguro					
2.6.2.4. Comunicação, investigação, arquivo e análise de incidentes, erros e falhas, das suas conclusões e acções correctivas					

	1	2	3	4	5
<b>2.6.3. Gestão dos riscos de agressão e violência</b>					
2.6.3.1. Definição de responsabilidades e funções dos riscos associados à violência e agressão					
2.6.3.2. Assegurar o apoio a utentes, profissionais e outros indivíduos envolvidos em situações de violência					
2.6.3.3. Comunicação, investigação, arquivo e análise de incidentes, erros e falhas, das suas conclusões e acções correctivas					
<b>2.7. Medicamentos e meios de contraste.</b>					
2.7.1. Definição de responsabilidades e funções de gestão de medicamentos e meios de contraste para cada valência					
2.7.2. Sistema de gestão de prescrição de medicamentos e meios de contraste					
2.7.3. Armazenamento dos medicamentos e contrastes segundo as suas especificações					
2.7.4. Processo de identificação e gestão de utentes em risco de sofrerem reacções adversas					
2.7.5. Gestão de preparação e administração de medicamentos e meios de contraste					
2.7.6. Cuidados ao paciente, se administrados medicamentos ou meios de contraste, inclusive a preparação da resposta a uma reacção adversa					
2.7.7. Sistemas que assegurem a colaboração de outras equipas/serviços/organizações importantes para a administração de medicamentos ou meio de contraste e os cuidados posteriores					
<b>2.8. Informação</b>					
<b>2.8.1. Gestão da informação clínica</b>					
2.8.1.1. Definição de responsabilidades e funções da gestão da informação clínica.					
2.8.1.2. Manutenção da confidencialidade clínica.					
2.8.1.3. Sistemas que assegurem a segurança e confidencialidade do armazenamento, da recuperação, transmissão e transporte da informação dos utentes					
2.8.1.4. Gestão da partilha de informação entre organizações					
2.8.1.5. Controlo e auditoria do acesso à informação clínica					
<b>2.8.2. Informação ao utente</b>					
2.8.2.1. Definição de responsabilidades e funções de desenvolvimento e manutenção da informação prestada ao paciente					
2.8.2.2. Assegurar que os utentes recebem informação sobre dos exames e procedimentos, em tempo útil, para possibilitar a preparação para realizar um exame					
2.8.2.3. Providenciar o acesso dos utentes e acompanhantes a informação relevante					
2.8.2.4. Assegurar que o paciente tem conhecimento dos profissionais presentes durante o exame/procedimento					
2.8.2.5. Assegurar que o paciente tem conhecimento de como, quando e quem lhes dará conhecimento do relatório e resultados					

	1	2	3	4	5
2.8.2.6. Sistemas que assegurem, em tempo útil, o desenvolvimento e revisão dos materiais de informação, com a participação de representantes dos utentes					
<b>2.8.3. Consentimento informado</b>					
2.8.3.1. Definição de responsabilidades e funções de obtenção do consentimento informado					
2.8.3.2. Assegurar o direito dos utentes discutirem as suas opções com os profissionais mais adequados					
2.8.3.3. Assegurar que os utentes possam dar ou negar o seu consentimento para a realização do exame/procedimento					
2.8.3.4. Assegurar que os utentes possam dar ou negar o seu consentimento para a distribuição do seu relatório e imagens					
2.8.3.5. Assegurar que os utentes possam dar ou negar o seu consentimento para que a sua informação seja utilizada com objectivos de investigação e educação					
2.8.3.6. Sistemas que assegurem a possibilidade de inimputar o consentimento de crianças ou utentes com necessidade específicas em todos os exames/procedimentos					
<b>2.9. Privacidade e dignidade</b>					
2.9.1. Proporcionar material de apoio aos profissionais para um acolhimento de qualidade e um comportamento de discrição e respeito para com os utentes e acompanhantes					
2.9.2. Sistemas que assegurem a privacidade e dignidade dos utentes					
2.9.3. Protecção da personalidade, valores, crenças do paciente durante o exame/procedimento					
<b>2.10. Outros</b>					

Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1.3 Lista do critério “Resultado”.

3. Resultados	1	2	3	4	5
<b>3.1. Qualidade na aquisição da imagem</b>					
3.1.1.Definição das responsabilidades e funções para cada área de aquisição de imagem					
3.1.2.Definição das características da qualidade de imagem para cada área de aquisição					
3.1.3.Desenvolvimento e aplicação de protocolos de imagem de todos os exames					
3.1.4.Acessibilidade e comunicação dos protocolos de imagem a todos os profissionais com interesse					
3.1.5.Procedimentos que assegurem a qualidade da imagem diagnóstica e repetição de aquisição de imagem, se necessário					
3.1.6.Análise e feedback da imagem disponível a todos os profissionais relevantes para difundir a evolução da prática					
<b>3.2. Qualidade nos relatórios médicos</b>					
3.2.1.Definição de responsabilidades e funções dos profissionais que relatam as imagens					
3.2.2.Desenvolvimento e aplicação de protocolos da estrutura e conteúdo dos relatórios de forma a satisfazer as necessidades locais					
3.2.3.Assegurar que os modelos de relatórios estão acessíveis e são comunicados a todos os profissionais					
3.2.4.Procedimentos que assegurem a qualidade, a precisão e verificação dos relatórios e suas emendas em tempo útil					
3.2.5.Comunicação dos relatórios aos médicos que prescrevem o exame e promoção de reuniões multidisciplinares em tempo útil.					
3.2.6.Assegurar o acesso a uma segunda opinião aos profissionais que relatam.					
3.2.7.Análise e feedback do desenvolvimento da prática de realização de relatórios acessível a todos os profissionais interessados.					
<b>3.3. Feedback profissional</b>					
3.3.1.Definição de responsabilidades e funções para a obtenção e gestão de feedback dos profissionais que contactam com o serviço de imagiologia.					
3.3.2.Desenvolvimento e disponibilização de materiais de suporte para feedback					

	1	2	3	4	5
3.3.3.Sistemas que assegurem a possibilidade de os utilizadores darem o seu feedback, em confidencialidade, se necessário					
3.3.4.Análise do feedback dos utilizadores, comunicação dos seus resultados e conclusões às partes interessadas e, se necessário, realização de acções correctivas					
<b>3.4. Erro na actividade técnica e clínica</b>					
3.4.1.Definição de responsabilidades e funções de gestão do erro					
3.4.2.Definição e avaliação do erro na actividade técnica e clínica					
3.4.3.Sistemas que assegurem uma resposta apropriada ao incidentes técnicos e clínicos					
3.4.4.Sistemas que assegurem que os incidentes e erros são relatados, investigados, arquivados, analisados					
3.4.5.Comunicação das conclusões a todas as partes interessadas e, finalmente, realização de acções correctivas, se necessário					
<b>3.5. Diagnósticos de situações urgentes</b>					
3.5.1.Sistema de gestão de diagnósticos inesperados e indicação de potenciais emergências					
<b>3.6. Feedback dos utentes</b>					
3.6.1.Definição de responsabilidades e funções para a obtenção e gestão de feedback dos utentes e seus acompanhantes que contactam com o serviço de imagiologia.					
3.6.2.Desenvolvimento, aprovação e manutenção de materiais de apoio ao feedback de utentes					
3.6.3.Sistemas que assegurem a possibilidade utentes e acompanhantes darem o seu feedback de formas variadas e confidencialmente.					
3.6.4.Análise do feedback dos utentes, comunicação dos seus resultados e conclusões às partes interessadas e finalmente, a realização de acções correctivas, se necessário					
<b>3.7. Reclamações/ Sugestões</b>					
3.7.1.Definição de responsabilidades e funções de gestão de reclamações e sugestões.					
3.7.2.Sistemas de gestão de reclamações verbais					
3.7.3.Investigação e resposta de reclamações em tempo útil					
3.7.4.Treino dos profissionais para lidar com situações de reclamações					
3.7.5.Assegurar que as reclamações são reportadas, investigadas, arquivadas; que as conclusões são comunicadas e se façam acções correctivas, se necessário					
<b>3.8. Outros</b>					

Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.Em sua opinião, que aspectos levantariam maior discordância entre as organizações?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.A adesão dos serviços de imagiologia a um modelo de acreditação deve ser:**

Obrigatória	
Facultativa	
Sem opinião	
Outro	

**3.1 Se escolheu a opção “Outro” explicita.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_